
Cas clínic. Exploració de la disàrtria i la disfàgia en un pacient adult

PID_00269143

Núria Oriol Peregrina

Temps mínim de dedicació recomanat: 3 hores





Núria Oriol Peregrina

Professora dels Estudis de grau de Logopèdia a UVic-UCC/UOC. Logopeda al Sociosanitari Vallparadís.

L'encàrrec i la creació d'aquest recurs d'aprenentatge UOC han estat coordinats per la professora: Mireia Torralba Roselló (2020)

Primera edició: febrer 2020
© Núria Oriol Peregrina
Tots els drets reservats
© d'aquesta edició, FUOC, 2020
Av. Tibidabo, 39-43, 08035 Barcelona
Realització editorial: FUOC

Cap part d'aquesta publicació, incloent-hi el disseny general i la coberta, no pot ser copiada, reproduïda, emmagatzemada o transmesa de cap manera ni per cap mitjà, tant si és elèctric com químic, mecànic, òptic, de gravació, de fotocòpia o per altres mètodes, sense l'autorització prèvia per escrit dels titulars dels drets.

Índex

Introducció	5
Objectius	11
1. Resum del cas	13
2. Perfil del pacient	14
3. Exploració i avaluació logopèdica	16
3.1. Exploració logopèdica	16
3.2. Resultats de l'exploració logopèdica	17
3.3. Diagnòstic	20
3.4. Pronòstic	20
4. Intervenció logopèdica	21
4.1. Revaloració de la intervenció	23
Glossari	27
Bibliografia	29
Annex	31

Introducció

[L'ictus és una] «alteració transitòria o definitiva del funcionament d'una o diverses zones de l'encèfal que apareix com a conseqüència d'un trastorn de la circulació sanguínia cerebral.»

«Diccionari enciclopèdic de medicina (DEMCAT)» (s/d). Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Cultura. Disponible a: www.termcat.cat/es/Diccionaris_En_Linia/183/Cerca/

L'ictus cerebral es pot produir de forma isquèmica o hemorràgica. Tot i que les manifestacions clíniques varien depenent de la zona cerebral afectada i de l'extensió i intensitat de l'afectació, es pot manifestar amb alteracions de la funció motora, cognitiva, del llenguatge o la parla, conductuals i emocionals. En el cas que es presenta, a nivell logopèdic, el pacient presenta alteracions de la parla (disàrtria) i de la deglució (disfàgia).

La **disàrtria** es defineix com un trastorn de la parla en què hi pot haver compromís dels mecanismes bàsics de la respiració, la fonació, l'articulació, la ressonància i la prosòdia. Així mateix, poden estar alterats aspectes com ara el to, la força, l'amplitud, la velocitat i la precisió dels moviments de la musculatura implicada en la fonació (Darley, Aronson i Brown, 1978).

Segons Darley, Aronson i Brown, la disàrtria es pot determinar per diversos criteris (Darley et al., 1978):

- **Edat d'inici:** congènita o adquirida.
- **Etiologia:** vascular, neoplàsica, traumàtica, inflamatòria, tòxica, metabòlica, degenerativa.
- **Regió neuroanatòmica de la lesió:** cerebral, cerebel·losa, tronc encefàlica, medul·la espinal; o central, perifèrica.
- **Compromís de nervi cranial:** V, VII, IX, X, XII.
- **Procés de la parla compromès:** respiració, fonació, articulació, ressonància, prosòdia.
- **Entitat patològica:** parkinsonisme, miastènia gravis, esclerosi lateral amiotròfica, etc.

Aquests autors estableixen una classificació de les disàrtries en l'Estudi de la Clínica Mayo, en funció del compromís neurològic i l'afectació clínica, que comprèn sis entitats: flàccida, espàstica, atàxica, hipotònica, hipertònica i mixta. En la taula 1 es pot observar el compromís neurològic i l'afectació clínica per cada un dels tipus de disàrtria segons Darley, Aronson i Brown.

Taula 1. Descripció del compromís neurològic i afectació clínica segons el tipus de disàrtria.

Tipus de disàrtria	Compromís neurològic	Afectació clínica
Flàccida	Neurona motora inferior	Veu bufada, hipernasalitat, imprecisió consonàntica, incoordinació fonorespiratòria.
Espàstica	Neurona motora superior	Veu aspra, forçada, estrangulada; velocitat lenta de la parla, imprecisió consonàntica, hipernasalitat.
Atàxica	Cerebel	Accentuació inadequada, disprosòdia, trenca-ments articulatoris irregulars.
Hipocinètica	Extrapiramidal	Velocitat ràpida de la parla amb palil·làlia, to baix, hipofonia, monotonía, monointensitat.
Hipercinètica	Extrapiramidal	Velocitat variable en funció de cada persona, sons allargats, veu aspra, silencis inapropiats.
Mixta	Múltiples sistemes	Les característiques perceptuals varien en funció dels sistemes involucrats.

L'exploració de la disàrtria es pot dur a terme mitjançant tests com ara el Frenchay Dysarthria Assessment (Enderby, 1983), el Robertson Dysarthria Profile (Robertson, 1982) o el Test de Kent (Kent, Weismer, Kent, i Rosenbeck, 1989). Malauradament, cap d'aquests tests té una versió traduïda i estandarditzada en català o en castellà.

Ortiz (2014) proposa un **Protocol d'avaluació de disàrtries** que l'estructura en:

1) Avaluació estructural dels òrgans bucofonatoris en repòs (musculatura facial, mandibular, lingual i palatina).

2) Els cinc mecanismes bàsics de la parla:

- Respiració
- Fonació
- Ressonància
- Articulació
- Prosòdia

Les tasques que proposa aquest protocol avaluen diferents aspectes de la conducta motora verbal i no verbal, a partir de les quals s'extreu informació descriptiva del procés de la parla.

La intervenció en la disàrtria es desglossa en mètodes mèdics, instrumentals, cognitiu-logopèdics i pragmàtics (Melle Hernández, 2007). Els **mètodes mèdics** inclouen els procediments quirúrgics i els tractaments farmacològics. Les **tècniques instrumentals** utilitzen instruments com ara amplificadors, pròtesis elevadores del paladar o sistemes alternatius o augmentatius de comunicació (SAAC). Les **tècniques cognitives-logopèdiques** incideixen en els factors estructurals-corporals i funcionals; en són exemples els exercicis isotònics o isomètrics, la tècnica del badall o de la masticació, o els exercicis de tancament glòtic amb esforç, entre altres. El **mètode pragmàtic** inclou tant les estratègies d'intervenció per a millorar la comunicació com les actuacions en les barreres socials que pot patir la persona amb disàrtria (Melle Hernández, 2007).

Els logopedes acostumen a utilitzar majorment les tècniques cognitives-logopèdiques, el mètode pragmàtic i les tècniques instrumentals, aquestes últimes en la mesura de les possibilitats de cada professional dins del seu àmbit laboral.

A més a més, en la intervenció de la disàrtria amb els mètodes acabats d'exposar s'ha de delimitar quan s'intervé per a reduir les deficiències estructurals-corporals per mitjà d'exercicis; reduir les deficiències funcionals com són la pèrdua d'intel·ligibilitat, les dificultats prosòdiques i l'alteració de la taxa de la parla mitjançant estratègies compensatòries quan s'espera poca millora en els mecanismes motors de la parla; reduir les limitacions en l'activitat a fi de millorar la comunicació amb els altres per mitjà d'estratègies tant per a l'afectat com per als interlocutors; o reduir les restriccions en la participació ajudant en la disminució de les barreres socials comunicatives (Melle Hernández, 2007).

Pel que fa a la **disfàgia**, es defineix com «qualsevol manifestació clínica que compromet la deglució i que pot ser causada per una condició que pot influir en l'estructura o en la funció de les estructures orals, faríngees o esofàgiques» (Groher, 1997).

[La disfàgia esdevé una] «alteració del sistema biomecànic de l'acte d'empassar per incoordinació del procés, obstrucció del pas, debilitat o rigidesa muscular.»

C. A. Smith Hammond, i L. B. Goldstein (2006). Cough and aspiration of food and liquids due to oral-pharyngeal dysphagia. *Chest*, 129(1 Suppl), 156. doi.org/10.1007/s00408-007-9064-4

Comporta diferents nivells de gravetat que poden abraçar des de la situació més greu que deriva en la impossibilitat d'alimentació per via oral, fins a altres de menys risc en pacients que poden continuar alimentant-se per via oral sempre que es prenguin determinades mesures.

Els moviments que permeten la deglució exigeixen la coordinació de diverses estructures neuromusculars del tronc de l'encèfal, del cerebel i del còrtex cerebral (Ickenstein, 2011). Cal la coordinació bilateral que activa o inhibeix vint-i-cinc parells de músculs i un d'imparell de la cavitat oral, de la faringe, la laringe i l'esòfag, perquè es doni satisfactòriament (Clavé i Cichero, 2012).

La disfàgia pot ser neurògena o funcional si l'alteració de la motilitat o de la sensibilitat orofaríngia afecta la propulsió del bol alimentari, la reconfiguració orofaríngia durant la deglució o l'obertura de l'esfínter esofàgic superior; o mecànica o estructural quan s'afecten les estructures involucrades en el procés deglutori com, per exemple, a causa de tumors orals, faringis, laringis o esofàgics (Matsuo i Palmer, 2009; Rofes et al., 2011; Velasco, Arreola, Clavé i Puiggrós, 2007; Velasco i García-Peris, 2009).

La disfàgia pot afectar diferents moments del procés deglutori. Es pot donar en les fases preparatòria oral, oral, faríngia o esofàgica. Quan l'alteració es dona en les tres primeres fases deglütòries s'anomena *disfàgia orofaríngia (DO)*. Quan la disfàgia afecta la fase esofàgica es parla de *disfàgia esofàgica*. La DO representa gairebé el 80% de les disfàgies diagnosticades (García-Peris, Velasco, Velasco i Clavé, 2011), i té una incidència entre un 40% i 50% en persones que han patit un ictus (Ickenstein, 2011).

L'exploració de la disfàgia pot ser clínica o instrumental. L'**exploració clínica**, que és l'exploració que habitualment porta a terme el logopeda, comprèn, en primer lloc, la recollida d'informació per a obtenir una història clínica exhaustiva; en segon lloc, una valoració de l'estat motor, voluntari i reflex, i sensitiu de la musculatura implicada en la deglució, que inclou l'exploració dels parells cranials relacionats; finalment, es prova la tolerància per via oral en el cas que es consideri oportú (Clavé i García Peris, 2011). En castellà es disposa del test «Evaluación de seguridad de la deglución (ESED)» (Furkim et al., 2014) i del «Método de exploración volumen-viscosidad (MECV-V)» (Clavé, 2006). L'**exploració instrumental** permet objectivar la naturalesa de les dificultats i establir el grau d'aspiració o de penetració, amb presència o no d'aspiracions silents, descriure la fisiopatologia del trastorn i les possibilitats de tractament (Clavé i García Peris, 2011). Les proves instrumentals més habituals són la nasofibrolaringoscòpia (FEES) i la videofluoroscòpia (VFC).

Per a determinar la gravetat del diagnòstic es disposa de diferents escales. L'**escala DOSS**, que té una traducció en castellà, tot i que no està validada (García-Bostrán, Granell-Navarro, Gutiérrez-Fonseca i Barba-Martín, 2014), distribueix el grau de severitat en set nivells (en la taula 2 es mostra el descriptiu per a cada nivell), des de l'absència de disfàgia a una disfàgia severa. Aquesta

escala també diferencia els pacients que es poden alimentar per via oral amb dieta normal, els que ho poden fer però amb dieta adaptada, i els que necessiten alimentació per via no oral.

Taula 2. Escala de severitat per a la disfàgia (DOSS).

Nivell	Descripció
Nutrició exclusiva per boca: dieta normal	
7	Deglució normal-Dieta normal <ul style="list-style-type: none"> No necessita temps addicional. No necessita estratègies especials.
6	Dins dels límits funcionals-Independència modificada <ul style="list-style-type: none"> Dieta normal. Deglució funcional. Hi pot haver lleu retard oral o faringi, retenció a nivell epiglòtic, però independent i que neteja espontàniament. Pot necessitar temps addicional en els àpats. No hi ha aspiracions o penetracions en cap consistència.
Nutrició exclusiva per boca: dieta modificada o independent	
5	Disfàgia lleu: supervisió distant. Pot necessitar restricció d'una consistència. Pot presentar un o més dels ítems següents: <ul style="list-style-type: none"> Aspiració només amb líquids fins, però amb tos reflexa forta que neteja completament. Penetració amb una o més consistències fins a mig camí de les cordes vocals o fins a les cordes vocals amb una consistència, però que neteja espontàniament. Retenció a la faringe que neteja espontàniament. Disfàgia oral lleu amb reducció de la masticació o retencions orals que neteja espontàniament.
4	Disfàgia lleu-moderada: supervisió intermitent/amb indicacions; restricció d'una o dues consistències. Pot presentar un o més dels ítems següents: <ul style="list-style-type: none"> Retenció a la faringe que neteja amb dificultat. Retenció a la cavitat oral que neteja amb dificultat. Aspiració amb una consistència, amb tos reflexa deficient o absent. Penetració amb dues consistències a nivell de les cordes vocals amb tos. Penetració amb una consistència a nivell de les cordes vocals sense tos.
3	Disfàgia moderada: assistència total, supervisió o ús d'estratègies; restricció de dues o més consistències. Pot presentar un o més dels ítems següents: <ul style="list-style-type: none"> Moderades retencions a la faringe que neteja amb dificultat. Moderades retencions a la cavitat oral que neteja amb dificultat. Penetració amb dues o més consistències a nivell de les cordes vocals sense tos. Aspiració amb dues consistències amb tos reflexa deficient o absent. Aspiració amb una consistència sense tos.
Nutrició no oral necessària	
2	Disfàgia moderada-severa: màxima assistència o ús d'estratègies amb alimentació oral parcial (tolera una consistència segura amb total ús d'estratègies). Pot presentar un o més dels ítems següents: <ul style="list-style-type: none"> Severa retenció a la faringe, incapaç de netejar o necessita múltiples indicacions. Severes retencions orals o pèrdues, incapaç de netejar o necessita múltiples indicacions. Aspiracions amb una o més consistències, sense tos reflexa ni tos voluntària.
1	Disfàgia severa: no via oral. Pot presentar un o més dels ítems següents: <ul style="list-style-type: none"> Severa retenció a la faringe, incapaç de netejar. Severes retencions orals o pèrdues, incapaç de netejar. Aspiracions silents amb dues o més consistències, tos voluntària no funcional o incapaç de deglutir.

Per a intervenir en la disfàgia, es disposa d'un ventall ampli de tractaments i tècniques terapèutiques, ja que preveu des de simples recomanacions per a afavorir la seguretat deglutòria, fins a intervencions quirúrgiques en casos més greus com poden ser tumors en l'àrea implicada en la deglució.

Les estratègies d'intervenció en la deglució s'engloben en tres grans blocs:

- 1) Les **estratègies d'adaptació**, en les quals no es requereix la col·laboració del pacient.
- 2) La **reeduació específica**, que requereix la participació activa de l'afectat.
- 3) El tercer gran grup que recull el **tractament mèdic i quirúrgic**.

El logopeda intervé en les estratègies d'adaptació i en la reeducació específica que es pot dur a terme en sessions individuals o en sessions grupals, en funció de la gravetat de l'afectació.

Tant la disàrtria com la disfàgia s'atenen, habitualment, a nivell hospitalari en una primera fase un cop el pacient està estabilitzat mèdicament. En una segona fase, el pacient pot continuar la rehabilitació (RHB) a les unitats de convalsència o llarga estada si requereix continuar estant ingressat, o a l'hospital de dia o de forma ambulatoria quan el pacient pot tornar al domicili. Paral·lelament o quan finalitza l'atenció pública, els pacients amb disàrtria o disfàgia també poden ser atesos en una consulta privada o fer rehabilitació de manteniment en alguna entitat de tipus associatiu.

Objectius

Aquest material té com a principal objectiu entendre tot el procés d'atenció logopèdica en un cas clínic d'alteració de la deglució i de la parla. Per a poder assolir aquest objectiu cal:

- 1.** Entendre les relacions entre les funcions orofacials (la deglució i la mastiació) i la parla.
- 2.** Entendre el perfil del pacient que s'atén. Comprèn les característiques generals (edat, sexe, professió, estudis), i també la informació relativa al diagnòstic i als aspectes familiars i psicosocials. Entendre la repercussió que tenen les dificultats de la deglució i de la parla en la vida del pacient.
- 3.** Comprendre com es duu a terme l'exploració i l'avaluació logopèdica en un cas d'alteració de la parla i de la deglució. Inclou la recollida de dades per mitjà d'una entrevista personal i un qüestionari, l'exploració dels paràmetres principals de la producció de la parla i de la deglució. Familiaritzar-se amb les preguntes d'una anamnesi específica.
- 4.** Familiaritzar-se amb diferents tests per a l'exploració de la disàrtria i la disfàgia.
- 5.** Comprendre el raonament diagnòstic que segueix el recull de totes les dades i les proves.
- 6.** Conèixer el disseny i la intervenció terapèutica. Conté la definició dels objectius i la planificació de la intervenció. Entendre l'abordatge per a millorar la comunicació i normalitzar, sempre que es pugui, l'alimentació per via oral. Així mateix, comprèn el registre i l'anàlisi dels resultats de les sessions terapèutiques i de les proves de reavaluació dels avenços.
- 7.** Conèixer la finalització del tractament.

1. Resum del cas

En David és un home de cinquanta anys d'edat que va patir un ictus hemorràgic a l'hemiprotuberància esquerra. Després de passar una setmana a l'hospital d'aguts per a estabilitzar la seva situació mèdica, inicia la rehabilitació a l'Institut Guttmann durant cinc mesos. Posteriorment, ingressa a la unitat de llarga estada del Centre Sociosanitari Vallparadís durant sis mesos més per a continuar la rehabilitació i adaptar els recursos a l'alta. Al sociosanitari, l'exploren diferents professionals: el metge responsable, el metge rehabilitador, el fisioterapeuta, el terapeuta ocupacional, el psicòleg, i també el logopeda.

En l'exploració logopèdica inicial s'evidencia una disàrtria que compromet la intel·ligibilitat de la parla i, per tant, dificulta la comunicació; i una disfàgia que l'obliga a alimentar-se per via enteral per mitjà d'una gastrostomia. Inicia la rehabilitació logopèdica tres dies a la setmana en sessions individuals per a millorar el trastorn de la parla i el de la deglució. El tractament es porta a terme durant tres mesos, adaptant la freqüència i la intensitat de la intervenció a la seva evolució. Durant els últims tres mesos d'ingrés es fan controls de seguiment.

Quan finalitza el tractament el pacient disposa d'estratègies per a fer-se entendre, tot i les dificultats, i ha millorat en relació amb la deglució, ja que és capaç d'alimentar-se per via oral.

2. Perfil del pacient

En David és un home de cinquanta-cinc anys divorciat que prèviament a l'ictus vivia amb els seus dos fills, un de vint-i-cinc anys i l'altre de divuit anys. Té estudis superiors i treballa com a comercial d'assegurances. Es reconeix com una persona curiosa que li agrada viatjar.

Com a antecedents mèdics cal destacar únicament l'herpes zòster. A nivell d'hàbits tòxics fins al moment de l'ictus, presenta tabaquisme actiu des de fa trenta anys. No refereix al·lèrgies ni intervencions quirúrgiques.

Actualment, motriument, el pacient té una tetraparèsia, per la qual cosa reparteix les hores del dia entre la sedestació en una cadira de rodes adaptada i el decúbit o la sedestació al llit.

El pacient està preservat cognitivament, ja que manté les seves funcions superiors intactes. Emocionalment està trist, però adaptat a la seva situació actual.

Figura 1. El pacient en una sessió d'intervenció.



Vegeu també

S'adjunta el consentiment del pacient a ser gravat en l'annex 1.

A nivell social hi ha suport familiar per part dels fills, dels pares i d'una germana. La família expressa la dificultat de cuidar a domicili en David quan es doni d'alta del sociosanitari. Així doncs, a nivell de treball social, s'inicien els tràmits per aconseguir, d'una banda, una plaça de residència pública gràcies a la Llei per la promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència (LAPAD) en forma d'excepcionalitat per l'edat, ja que és menor de seixanta-cinc anys; i de l'altra, la Prestació econòmica vinculada al servei (PEV).

Es pot descriure la situació logopèdica d'en David abans de l'exploració logopèdica de la forma següent: pel que fa a les competències lingüístiques el pacient és catalanoparlant, i la seva producció verbal oral està dins de la normalitat quant a l'accés al lèxic i a les estructures morfosintàctiques, tot i que s'observa limitació del discurs per les dificultats en la forma (articulació). En conseqüència es destaca una disàrtria que compromet la intel·ligibilitat i una disfàgia que afecta la seguretat deglütòria. Quan el pacient ingressa al sociosanitari està iniciant l'alimentació per via oral, tot i que els líquids i la medicació encara són administrats per gastrostomia (PEG).

3. Exploració i avaluació logopèdica

Quan el pacient ingressa a la Unitat de llarga estada del Centre Sociosanitari Vallparadís és visitat pel metge responsable acompanyat de la infermera de la planta. El metge responsable és la persona encarregada de fer la primera valoració del pacient i detectar les necessitats rehabilitadores. En funció del que troba fa una interconsulta als professionals especialitzats que considera que l'han de valorar.

El metge responsable fa una exploració inicial en què observa que el pacient està normocolorejat, normohidratat, eupneic a l'aire ambient, afebril i sense signes de focalitat aguda. El pacient ha iniciat l'alimentació per via oral, tot i que els líquids i la medicació es continuen administrant per la gastrostomia (PEG). L'orientació diagnòstica és una hemorràgia intracerebral, de predomini hemiprotuberancial esquerra. El metge informa a la família dels diagnòstics, del tractament, del seguiment i de la valoració que els diferents professionals del centre faran al pacient. En el cas del David, li fan una exploració especialitzada el metge rehabilitador per a detectar les necessitats a nivell de fisioteràpia i teràpia ocupacional, el treballador social, el psicòleg i el logopeda.

L'exploració de la metgessa d'RHB mostra que el pacient està en una cadira de rodes amb respall abatible i reposapeus a 45°, amb tetraparèsia de predomini dret, que mobilitza activament les quatre extremitats, tot i que no hi ha control motor, observa distonia marcada de les extremitats dretes, essent no possible la marxa. El pronòstic funcional és d'alta dependència.

Des de treball social s'informa dels diferents tràmits per a demanar les ajudes que es gestionaran al llarg de l'ingrés.

El psicòleg corrobora la normalitat pel que fa a les funcions superiors i detecta un estat d'ànim trist, per la qual cosa aconsella el seguiment de l'estat emocional.

El logopeda fa les exploracions de les dues àrees en què té la competència: la comunicació i la deglució. A continuació, es detallen amb més profunditat.

3.1. Exploració logopèdica

Des del servei de logopèdia es duu a terme l'exploració de la comunicació, i també de l'àrea de la deglució. Pel que fa a l'àrea de la comunicació, el primer objectiu és descartar dificultats a nivell lingüístic (assegurar que la denominació i la comprensió verbal oral són correctes), i delimitar les dificultats pel que fa a la parla. En relació amb la deglució, com que els informes mèdics amb què arriba el pacient indiquen inici d'alimentació per via oral amb dieta

pastosa, cal concretar el tipus d'aliments que es poden anar introduint en la dieta, i també establir les línies d'intervenció en la rehabilitació. En la taula 3 s'exposen les proves diagnòstiques.

Taula 3. Proves diagnòstiques en relació amb la comunicació i la deglució.

Àrea d'exploració	Instruments d'avaluació
Comunicació	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista clínica: anamnesi específica de la comunicació. • Versió reduïda del Test Barcelona subapartats de llenguatge espontani, llenguatge descriptiu, denominació per confrontació visual i comprensió verbal oral (Peña-Casanova, 1990). • «Protocolo de evaluación de disartrias» (Ortiz, 2014). • GRBASI (Hirano, 1981; Piccirillo, Painter, Fuller, Haiduk i Fredrickson, 1998).
Deglució	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista clínica: anamnesi específica de la deglució. • Exploració clínica: «Evaluación de seguridad de la deglución (ESED)» (Furkim et al., 2014). Observació d'un àpat. • MECV-V (Clavé, 2006).

Com que el pacient ve derivat d'un altre hospital en què ja se li ha fet l'exploració instrumental de la deglució amb la videofluoroscòpia, es recullen les dades importants d'aquest informe, però no es considera necessari dur a terme una altra exploració instrumental. Aquest informe destaca un compromís tant de la fase oral com de la fase faríngia, especialment una dificultat d'arrossegament faríngi dels bols alimentaris a viscositat mel i volums mitjos/grossos. També aprecia tos a viscositat nèctar. Tot i això, l'informe dictamina que es pot iniciar l'alimentació per via oral amb dieta pastosa.

3.2. Resultats de l'exploració logopèdica

El pacient no té compromès el **llenguatge**, ja que té l'accés al lèxic sense dificultats, estructura correctament les frases, malgrat que siguin curtes, i el discurs és fluent, encara que sigui reduït. La comprensió verbal oral també està dins dels límits de la normalitat: tant la literal com la no literal, tant la simple com la semicomplexa o complexa, i també tant la contextualitzada com la descontextualitzada. Per aquest motiu, la descripció en profunditat d'aquesta àrea no és un objectiu concret de l'anàlisi del cas que es presenta.

Ara bé, la **parla** està marcada per una alteració articulatòria que compromet parcialment la intel·ligibilitat i fa que l'interlocutor hagi de fer tots els possibles per a entendre el contingut. El pacient és conscient de part de les dificultats. El seu pare, la seva germana i el fill gran l'entenen força bé, en canvi, la mare i el fill petit tenen més dificultats per entendre'l.

En la parla mitjançant la conversa s'observa una alteració important de l'articulació i de la prosòdia. L'exploració formal indica alteració en tots els paràmetres de la parla i també en la musculatura. A continuació, es descriuen

Vegeu també

S'adjunta el «Protocolo de evaluación de disartrias» (Ortiz, 2014) en l'annex 2.

els resultats de les tasques avaluadores per a cada un dels components de la parla, i també de l'estat de la musculatura dels òrgans bucofonatoris segons el «Protocolo de evaluación de disartrias» (Ortiz, 2014):

1) **Respiració:** la respiració és superficial, de mode mixt, i de tipus mixt, abdominal i toràcic. Manté una /s/, amb dificultat articulatòria del so, de 7 segons. Fa 25 cicles respiratoris per minut, de forma superficial i gairebé imperceptibles.

2) **Fonació:** s'observa incoordinació fonorespiratòria, amb un augment del temps fonatori durant la parla per les possibilitats respiratòries. Manté una /z/ de 4 segons, resultant un índex fonorespiratori d'1,5, indicatiu de tancament laringi defectuós. Necessita agafar aire quatre vegades per comptar de l'1 al 20 en veu alta, augmentant la freqüència a partir del número 12. Manté una /a/ de 5" i una /i/ de 6", amb canvi de to durant l'emissió.

La seva veu és bitonal, força clara, tot i que té un lleu grau de disfonia i clarament monòtona. Els valors dels paràmetres de l'escala per a l'avaluació vocal perceptiva a nivell glòtic GRBASI (Hirano, 1981; Piccirillo et al., 1998) es presenten en la taula 4. La gradació s'estableix en quatre nivells: 0 equival a normal, 1 a lleu, 2 a moderat i 3 a intens.

Taula 4. Valors resultants de l'escala perceptiva GRBASI.

Paràmetres	Valor
Grau de disfonia (G)	1
Rugositat (R)	1
Bufada (B)	0
Astènia (A)	1
Tensió (S)	0
Inestabilitat (I)	1

La intensitat es manté dins dels límits de la normalitat, i té un control parcial quan se li demana que compti de l'1 al 5 augmentant la intensitat. L'atac vocal és isocrònic.

3) **Ressonància:** la ressonància té una tendència a ser gutural, i lleument hiponasal.

4) **Articulació:** l'articulació és dels paràmetres més afectats. Es caracteritza per una imprecisió en el mode articuladori, de manera que queden afectats els sons oclusius, els fricativs, els africats i els nasals. El punt articuladori també

és poc precís amb predomini d'alteració dels sons linguals i labials. S'observa especial dificultat en l'articulació dels oclusius sords, la /s/, /f/ i les vocals, amb disminució del recorregut labial i lingual.

5) Prosòdia: la prosòdia també presenta pertorbació per una tendència important a la monotonia i disminució del ritme de la parla.

6) Musculatura dels òrgans bucofonatoris: les dificultats que presenta en la parla es deuen en bona part a l'afectació de la musculatura implicada. Els moviments dels òrgans bucofonatoris són lents i amb disminució del recorregut. De forma global s'observa disminució del to muscular de l'hemifàcie dreta, amb augment del to dels masseters i rigidesa labial.

En l'exploració s'observa que el pacient sota control pot dur a terme la majoria dels moviments demanats dels llavis, la llengua, les galtes, el vel del paladar i la mandíbula de forma força precisa. Quan s'introdueix el moviment diadococinètic, es perd precisió en els moviments per la falta d'agilitat dels músculs de passar a una posició articulatòria a una altra. Quan s'introdueix la fonació, la falta de força dels músculs acaba de deteriorar la qualitat de les produccions. La sensibilitat dels òrgans bucofonatoris està preservada.

Pel que fa a la **deglució**, ha iniciat l'alimentació per via oral amb dieta pastosa, tot i que continua prenent els líquids i la medicació per la PEG. Tant el pacient com la família tenen poca consciència del risc que té en relació amb la deglució, ja que el pacient demana aliments de risc i la família els hi porta.

En l'exploració clínica de la deglució, a part de la informació que s'acaba d'obtenir de la musculatura implicada en la parla, que és majorment la mateixa que la implicada en la deglució, es pot afegir que la mobilització laríngia és insuficient.

En repòs alterna llavis tancats i oberts. No hi ha manca de peces dentàries. Es fa l'exploració una hora després que el pacient hagi esmorzat i encara hi ha restes orals.

Presenta dificultat en el control de la saliva. Quan se li demana que empassi saliva voluntàriament ho fa amb cert esforç, observant-se moviments compensatoris amb el cap. Tot i que no hi ha pèrdua anterior de saliva, sí que hi ha una tendència a l'augment intrabucal.

Dels altres controls orals voluntaris que se li demanen, s'observa que la tos és poc efectiva i que encara presenta més dificultat per aclarir-se la gola. Pot mantenir l'apnea durant tres segons. Durant la conversa el pacient presenta veu mullada, amb dificultats per netejar les mucositats.

Vegeu també

S'adjunta el protocol «Evaluación de seguridad de la deglución (ESÉD)» (Furkim et al., 2014) en l'annex 3.

El reflex de vòmit no està present i el reflex palatal lleument disminuït. La sensibilitat facial i la lingual estan preservades.

La seva postura durant la deglució és de lateralització i hiperextensió cervical, cosa que compromet la seguretat. És quan presenta més tos. Té poca capacitat per resoldre una situació deglutòria conflictiva.

En l'administració del «Método de exploración clínica volumen-viscosidad MECV-V» (Clavé, 2006) es considera oportú començar el test amb viscositat mel i no nèctar per a evitar situacions de risc. Amb viscositat mel, s'observa presència de canvi de veu en volum de 20 ml, hi ha residus orals i faringis amb tots els volums; i alteració del segell labial i deglució fraccionada a partir de volums de 10 ml.

En la taula 7 de l'apartat «Revaloració de la intervenció» es presenta la informació dels resultats de l'exploració a l'inici i al final de la intervenció de forma comparativa.

3.3. Diagnòstic

El diagnòstic de la parla és de **disàrtria**. La deliberació per a determinar el tipus de disàrtria condueix a definir el tipus de disàrtria que presenta en David com una disàrtria espàstica, tant pel compromís neurològic com per l'estabilitat en els símptomes, la imprecisió consonàntica, el ritme alentit de la parla i l'augment de la tonicitat muscular.

El diagnòstic de la deglució és de **disfàgia orofaríngia neurològica**, tant per líquids com per algunes textures de sòlids. Segons l'escala «Dysphagia outcome and severity scale (DOSS)» (O'Neil et al., 1999) està en un moment de trànsit entre el nivell 2 de DO moderada-severa a nivell 3 de DO moderada. El moment en què el pacient ingressa és un moment de trànsit a nivell deglutori, ja que quan se li estava donant l'alta a l'anterior centre tot just s'estava iniciant l'alimentació per via oral.

3.4. Pronòstic

Com que el pacient ingressa al sociosanitari després d'un temps d'evolució superior als sis mesos, es considera que motriument és possible que hagi iniciat l'estabilització. Per aquest motiu, els canvis que es preveuen seran limitats, possiblement canvis que no modificaran la seva funcionalitat, encara que sí que puguin millorar la seva qualitat de vida.

Vegeu també

S'adjunta «Método de exploración clínica volumen-viscosidad MECV-V» (Clavé, 2006) en l'annex 4.

Vegeu també

En l'annex 2 i 3 s'aporten els protocols tant de l'exploració de la parla, «Protocolo de evaluación de disartrias» (Ortiz, 2014), com el de l'exploració de la deglució, «Evaluación de seguridad de la deglución (ESED)» (Furkim et al., 2014).

4. Intervenció logopèdica

El pacient desenvolupa la rehabilitació logopèdica durant la seva estada al socio sanitari, que oscil·la entorn de sis mesos.

A partir de l'anàlisi conjunta de les dades recollides s'arriba a definir els **objectius de la intervenció** següents:

1) Millorar la comunicació

- Proporcionar estratègies comunicatives per a afavorir la comunicació.
- Potenciar l'entonació melòdica de la parla.
- Millorar la intel·ligibilitat de la parla:
 - Augmentar la precisió articulatòria tant com es pugi.
 - Equilibrar el to muscular dels òrgans bucofonatoris per a afavorir una millor articulació.

2) Assolir l'alimentació per via oral

- Millorar el procés deglutori.
- Potenciar la seguretat deglutòria.

La **intervenció** és directa amb el pacient, individual i rehabilitadora. També es fan sessions conjuntes amb la família per a generalitzar les estratègies i treballar en la mateixa direcció.

A nivell de la **parla**, s'utilitzen les tècniques logopèdiques-conductuals i el mètode pragmàtic. Per a intervenir en la deglució es fan servir les estratègies d'adaptació i la reeducació específica.

En la taula 5 es mostra un cronograma que inclou la informació de la temporalitat, la periodicitat, la durada i l'objectiu de les sessions en funció de l'evolució que presenta el pacient.

Taula 5. Cronograma del desenvolupament de les sessions de logopèdia.

Etapa	1a. etapa	2a. etapa	3a. etapa
Temporalitat	Tres mesos	Dos mesos	Un mes i mig
Periodicitat sessions	Tres setmanals	Dues setmanals	Una setmanal
Durada sessió	30 minuts	30 minuts	30 minuts

Etapa	1a. etapa	2a. etapa	3a. etapa
Objectiu	Període rehabilitador	Inici de l'estabilització	Control i preparació de l'alta

En les sessions logopèdiques es treballen conjuntament els objectius en relació amb la parla i la deglució, ja que la intervenció en les dues àrees està interrelacionada.

Pel que fa a la parla es treballen de forma paral·lela les estructurals-corporals per mitjà d'exercicis, les deficiències funcionals amb estratègies compensatòries i l'ús d'estratègies comunicatives pel pacient i pels interlocutors per a afavorir una situació comunicativa òptima. La seqüència d'intervenció s'estableix d'acord amb la jerarquia dels símptomes segons la relació d'aquests amb la intel·ligibilitat (Rosenbek i LaPointe, 1991). D'aquesta manera els dos processos motors sobre els quals es prioritza la intervenció són l'articulació i la prosòdia.

Pel que fa a la **deglució**, la intervenció es fonamenta en el treball de forma paral·lela entre les estratègies d'adaptació i la intervenció específica amb exercicis isotònics, isomètrics i isocinètics, i exercicis respiratoris i fonatoris.

En la taula 6 s'exposen les directrius i la temporització en relació amb la intervenció logopèdica.

Taula 6. Tècniques d'intervenció i temps de dedicació dels exercicis en la disàrtria i la disfàgia.

Àrea	Tècniques	Intervenció	Temporalitat
Parla	Tècniques logopèdiques-conductuals	Estructurals-corporals <ul style="list-style-type: none"> • Control postural • Facilitació neuromuscular propioceptiva • Exercicis isotònics, isomètrics i isocinètics • Increment de la freqüència de la veu • Tècnica del badall • Tècnica de la masticació • Contrasts melòdics (grup fònic) • Contrasts accentuals (grups tònic i accent prosòdic) 	Al llarg de la sessió Al llarg de la sessió 15 minuts 5 minuts 5 minuts 5 minuts 10 minuts 10 minuts
	Mètode pragmàtic	Estratègies compensatòries <ul style="list-style-type: none"> • Sobrearticulació • Paraula clau • Contrasts melòdics Estratègies comunicatives <ul style="list-style-type: none"> • Orientacions pel pacient i pels interlocutors 	10 minuts Al llarg de la sessió 10 minuts
Disfàgia	Estratègies d'adaptació	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptació de la dieta • Control postural 	En cada àpat
	Reeducació específica	<ul style="list-style-type: none"> • Estimulació termo-tàctil-gustativa • Exercicis isotònics, isomètrics i isocinètics 	10 minuts 10 minuts

Generalment, les sessions inclouen:

- Un treball que es va fent al llarg de tota la sessió, com és la correcció postural i la facilitació neuromuscular propioceptiva.
- Uns exercicis isotònics, isomètrics i isocinètics que incideixen en algun dels OBF o en alguna de les seves variables motrius (velocitat, precisió, etc.).
- Altres tècniques conductuals que sobretot afavoreixen una millor prosòdia, articulació i respiració, encara que també la fonació i la ressonància.

D'aquesta manera una sessió pot distribuir el temps entre deu minuts d'exercicis musculars dels OBF, cinc minuts per exercicis respiratoris i quinze minuts de tècniques conductuals o estratègies compensatòries com la sobrearticulació.

Pel que fa a les adaptacions de la dieta en la intervenció de la disfàgia, i d'acord amb el resultat de l'exploració, es decideix iniciar l'alimentació per via oral amb aliments sòlids tous homogenis a volums petits-mitjans i líquids a viscositat mel administrats amb cullera de postres. Així doncs, els líquids i la medicació, aquesta de forma aixafada, es comencen a introduir per via oral. Durant els àpats, s'informa a les auxiliars d'infermeria i a la família de la importància de la verticalitat durant la deglució, del volum amb què s'han d'ingerir els aliments i del ritme de la ingesta, que ha d'anar sincronitzat amb les possibilitats motores del pacient.

Puntualment es fan sessions amb la família per a facilitar la generalització de les estratègies comunicatives i les orientacions en relació amb el gest alimentari.

4.1. Revaloració de la intervenció

Pel tipus d'intervenció que es fa amb el pacient es revalora de forma constant l'evolució de la parla, per mitjà de la conversa i l'execució dels exercicis en les sessions, i de la deglució mitjançant l'observació de diferents àpats.

Quatre mesos després de l'inici i en l'última sessió, es porta a terme la revaloració formal en què es fan les mateixes proves que en la primera valoració i així es pot valorar l'efectivitat del tractament. En la taula 7, s'exposen els resultats en les diferents àrees després de la intervenció duta a terme.

Taula 7. Exposició comparativa dels resultats de l'exploració de la parla i de la deglució.

	Primera valoració (18 de juliol de 2018)	Valoració final (8 de febrer de 2019)
Parla	Respiració: superficial, mode i tipus mixt, abdominal i toràcic. /s/ de 7 segons. 25 cicles respiratoris.	Sota control respiració toracicoabdominal , mode nasal. /s/ de 9 segons. 21 cicles inspiratoris.

	Primera valoració (18 de juliol de 2018)	Valoració final (8 de febrer de 2019)
	Incoordinació fonorespiratòria moderada , augment del temps fonatori durant la parla per les possibilitats respiratòries. /z/ de 4 segons, índex fonorespiratori d'1,5. Necessita agafar aire quatre vegades per comptar de l'1 al 20 en veu alta, augmentant la freqüència a partir del número 12. /a/ de 5" i /i/ de 6", amb canvi de to durant l'emissió.	Incoordinació fonorespiratòria lleu . /z/ de 6 segons, índex fonorespiratori d'1,2. Necessita agafar aire una vegada per comptar de l'1 al 20 en veu alta. /a/ de 6" i /i/ de 7", amb to estable durant l'emissió.
	Veü: lleument disfònica, bitonal, monotonia moderada. GRBAS: 1 1 0 1 0 1. Intensitat: normal, amb control parcial. Atac vocal isocrònic.	Veü: clara, estabilitat vocal, lleu-moderada monotonia. GRBAS: 0 0 0 1 0 0. Més control de la intensitat. Atac vocal isocrònic.
	Ressonància: amb tendència a ser gutural i lleument hiponasal.	Ressonància: més harmònica.
	Articulació: molt afectada. Imprecisió en el mode articulatori (sons oclusius, fricatiu, africats i nasals). Punt articulatori poc precís (alteració dels sons linguals i labials). Especialment difícil en l'articulació dels oclusius sords, la /s/, /f/ i les vocals, amb disminució del recorregut labial i lingual.	Articulació: es manté afectada. Sota control més precisió en el mode i en el punt articulatori.
	Prosòdia: monotonia important i lentitud del ritme de parla.	Prosòdia: monotonia moderada i lentitud del ritme de parla.
Òrgans bucofonatoris	Moviments lents i amb disminució del recorregut. Disminució del to muscular de l'hemifàcie dreta, amb augment del to dels masseters i rigidesa labial. Moviments aïllats de llavis, llengua, galtes, vel del paladar i mandíbula força precisos. Moviment diadococinètic amb pèrdua de precisió, falta d'agilitat i de força dels músculs. Sensibilitat preservada.	Moviments menys lents i amb recorregut adequat. Eutonia muscular de l'hemifàcie dreta, dels masseters i rigidesa labial. Precisió en els moviments aïllats i lleu millora en els diadococinètics. Sensibilitat preservada.
Deglució	Peces dentàries presents. Mobilització laringia insuficient. Augment de saliva intrabucal. Dificultat en el control de la saliva. Deglució de saliva voluntària amb moviments compensatoris amb el cap. Tos poc efectiva, dificultat en aclarir-se la gola. Apnea durant tres segons. Veü mullada, amb dificultats per netejar les mucositats. Reflex de vòmit absent i reflex palatal lleument disminuït. Sensibilitat facial i lingual preservades. Postura durant la deglució de lateralització i hiperextensió cervical. Poca capacitat per resoldre una situació deglutòria conflictiva. Dieta pastosa. Líquids i medicació per gastrostomia. Escala DOSS: nivell 2-3.	Peces dentàries presents. Mobilització laringia correcta. Lleu augment de saliva intrabucal. Tos poc efectiva, més capacitat per aclarir-se la gola. Apnea que pot ser de deu segons. Veü clara, amb dificultats ocasionals per netejar les mucositats. Reflex de vòmit absent i reflex palatal normal. Sensibilitat facial i lingual preservades. Postura vertical durant la deglució. Poca capacitat per resoldre una situació deglutòria conflictiva. Dieta logopèdica (aliments sòlids tous i homogenis). Líquids a viscositat nèctar espès. Medicació sense aixafar per via oral. Escala DOSS: nivell 4.

El pacient reconeix les seves dificultats comunicatives i és conscient que sovint ha de repetir els missatges per a ser entès. Tot i això, difícilment utilitza les estratègies apreses per a millorar l'acte comunicatiu de forma espontània. L'interlocutor és la persona que li ha de recordar, ja que li resulta un esforç afegit.

Pel que fa a la deglució, dos mesos després d'haver iniciat la rehabilitació, des de logopèdia i l'equip mèdic es considera oportuna la retirada de la PEG, però el pacient i la família no ho volen. La rehabilitació logopèdica inclou un treball paral·lel al que s'acaba de presentar en la taula 6, a fi de conscienciar el pacient i la família de la idoneïtat de la proposta. De forma contínua, es

parla amb el pacient i amb la seva família i se'ls explica que la funció de la gastrostomia, quan una persona s'alimenta per via oral exclusivament i ha complert un període prudent en què no s'observen complicacions derivades d'alteracions de la deglució, la PEG ja ha complert el seu objectiu i, per tant, no cal. En aquestes converses, que es duen a terme de forma contínua en l'última estona de les sessions de logopèdia, es van treballant les pors i les creences, contrastant-les amb la informació més objectiva, per a ajudar el pacient i la seva família a acceptar la proposta dels professionals sanitaris. Finalment, un mes i mig després de la proposta inicial es procedeix a la retirada de la PEG, previ acord amb el pacient i la família.

El pacient acaba essent alta al cap de sis mesos i mig d'ingrés al sociosanitari per a anar a una residència privada. Per una banda, com que finalment van acceptar-lo per mitjà de la LAPAD per l'excepcionalitat de l'edat, el pacient està en llista d'espera per una plaça de residència pública. Per l'altra, com que té reconeguda una gran invalidesa no tindrà dret a rebre la Prestació econòmica vinculada al servei (PEV).

Habitualment, una vegada el pacient és donat d'alta del centre sociosanitari no es torna a visitar des d'aquest servei. En cas que calgui una reavaluació logopèdica, s'ha de fer la demanda per mitjà del metge de capçalera que facilitarà una visita al logopeda per mitjà dels serveis de rehabilitació.

Glossari

accent prosòdic *m* És una de les dues tècniques de contrast accentual per a treballar l'accent que exerceix una funció distintiva important per a la parla. Els exercicis emprats en la seva rehabilitació consisteixen en la lectura o la repetició de paraules que varien el seu significat en la base de la síl·laba que rep més relleu dins de la paraula (Melle Hernández, 2007).

alimentació oral *f* Acte o procés fisiològic de prendre o donar aliment per la boca, per a aconseguir una adequada aportació nutricional (Hospital General Universitario Gregorio Marañón, 2019).

alimentació enteral *f* Consisteix en la provisió de nutrients mitjançant la seva infusió a una via digestiva: nasal o enterostomia (Institut Català de la Salut, s/d).

alimentació parenteral *f* És un mètode d'alimentació que se subministra per mitjà d'una vena, mitjançant una fórmula especial que proporciona la majoria dels nutrients que el cos necessita. Aquest mètode s'utilitza quan una persona no pot o no ha de rebre alimentació per la boca. La nutrició parenteral no s'ha d'utilitzar rutinàriament en pacients amb un tub digestiu intacte («Nutrición parenteral total», 2018).

contrasts melòdics (grup fònic) *m* Tècniques dins del mètode conductual-logopèdic per a treballar aspectes de l'entonació de la parla. Les quatre modalitats oracionals són: enunciativa, interrogativa, exclamativa i volitiva (exhortativa, desiderativa i dubitativa). Les tècniques emprades per a treballar els aspectes melòdics poden variar entre la repetició, la producció espontània, la lectura de frases o altres que treballin totes les modalitats oracionals recolzant-se en explicacions explícites i l'ús de mitjans informàtics (Melle Hernández, 2007).

contrasts accentuals *m* Tècniques dins del mètode conductual-logopèdic per a treballar l'accent. Hi ha els grups tònic i l'accent prosòdic (Melle Hernández, 2007).

diadococinètic *adj* Moviments alternats executats de forma ràpida, coordinada i amb ritme (Melle, 2007).

eupneic *m* Que respira amb normalitat («Diccionari enciclopèdic de medicina (DEMCAT)», s/d).

exercicis isotònics *m* Són aquells exercicis en què els músculs mantenen el to mitjançant l'escurçament (acció concèntrica) i l'allargament (acció excèntrica). Impliquen moviment (Vithas, s/d).

exercicis isomètrics *m* Són exercicis en què els músculs romanen estàtics generant tensió. No hi ha moviment. Amb la realització d'aquests augmentarà la força dels músculs i la seva resistència (Vithas, s/d).

exercicis isocinètics *m* Són exercicis d'oposició al moviment. Es realitzen amb una resistència fixa i hauran de tenir una durada major a 10 segons (Vithas, s/d).

facilitació neuromuscular propioceptiva *f* Mètodes destinats a promoure o accelerar la resposta del mecanisme neuromuscular per mitjà de l'estimulació dels propioceptors. Algun d'aquests són la resistència, els contactes manuals, la visió, l'estimulació verbal o els estiraments (Hierrezuelo Cortina, s/d).

gastrostomia *f* Intervenció quirúrgica que consisteix a establir una comunicació de la cavitat de l'estómac amb l'exterior per mitjà de la paret abdominal. Entre altres indicacions de tipus digestiu, s'utilitza com a substitució de la sonda nasogàstrica per a evitar problemes respiratoris o l'aparició de lesions de decúbit faringoesofàgic («Diccionari enciclopèdic de medicina (DEMCAT)», s/d).

grup tònic *m* Una de les dues tècniques de contrast accentual per a treballar l'accent. El grup tònic s'entén com el conjunt de paraules format per una amb accent prosòdic i les àtones que la precedeixen. Es treballa mitjançant tasques de resposta a preguntes que ajuden a destacar diferents grups tònic (Melle Hernández, 2007).

ictus *m* Alteració transitòria o definitiva del funcionament d'una o diverses zones de l'encèfal que apareix com a conseqüència d'un trastorn de la circulació sanguínia cerebral («Diccionari enciclopèdic de medicina (DEMCAT)», s/d).

ictus isquèmic *m* Ictus cerebral produït per l'alteració de l'arribada de sang a una àrea del cervell a causa de l'obstrucció d'una artèria o d'una hipoperfusió. Els ictus isquèmics representen entre el 80 i el 85% del total d'ictus cerebrals («Diccionari enciclopèdic de medicina (DEMCAT)», s/d).

MECV-V *m* Mètode d'exploració clínica de la disfàgia que utilitza uns volums i unes viscositats controlades (Clavé, 2006).

mètodes conductuals-logopèdics *m* Incideixen principalment en els aspectes estructurals-corporals i funcionals. En conjunt, es poden aplicar amb els mètodes mèdics i instrumentals. L'objecte d'intervenció pot ser la respiració, la fonació, la ressonància, l'articulació, la taxa de parla, la prosòdia i la intel·ligibilitat (Melle Hernández, 2007).

mètodes pragmàtics *m* Inclouen tant les estratègies d'intervenció dirigides a la modificació de la manera en què té lloc la comunicació, com les actuacions sobre aspectes més globals, com són les barreres socials que pot trobar la persona amb disàrtria. Les estratègies que modifiquen la comunicació poden ser apreses tant pel parlant amb disàrtria com per l'interlocutor. Les actuacions sobre les barreres socials són més complexes i impliquen la participació de més professionals (Melle Hernández, 2007).

protuberància *f* Part intermèdia entre el bulb, els peduncles cerebrals i el cerebel («Diccionari de la llengua catalana DIEC 2», 2007).

sonda nasogàstrica *f* Tub de goma o de plàstic que s'insereix per mitjà d'un nariu fins a l'estómac per a fer-hi arribar menjar líquid o altres substàncies, o per a extreure contingut gàstric («Diccionari enciclopèdic de medicina (DEMCAT)», s/d).

tècnica de la masticació *f* Tècnica que s'utilitza per a percebre la ressonància i afavorir un to muscular adequat a la fonació, que es basa a mastegar l'aire de forma exagerada, en el to escollit, amb una /m/ perllongada (mètode Froeschels) (Araoz i Burruchaga, 2009).

sobrearticulació *f* Tècnica que consisteix a exagerar els moviments fonoarticularis amb àmplia excursió i gran obertura de la boca, per a aconseguir més volum i projecció vocal, o un augment de la precisió articulatòria (Federación de Enseñanza de CCOO de Andalucía, 2010).

Bibliografia

- Araoz, F., i Burruchaga, B. (2009). *Voz y biofeedback*. Consultat 7 juliol 2019, des de http://vozybiofeedback.blogspot.com/2009_11_07_archive.html
- Clavé, P. (2006). *Método de exploración clínica volumen-viscosidad (MECV-V) para la detección de la disfagia orofaríngea*. Barcelona: Novartis Consumer Health.
- Clavé, P., i Cichero, J. A. Y. (2012). *Stepping stones to living well with dysphagia*. Barcelona: Nestlé Nutrition Institute.
- Clavé, P., i García Peris, P. (2011). *Guía de diagnóstico y de tratamiento nutricional y rehabilitador de la disfagia orofaríngea*. Barcelona: Editorial Glosa.
- Darley, F., Aronson, A., i Brown, J. (1978). *Alteraciones motrices del habla*. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Institut d'Estudis Catalans (2007). *Diccionari de la llengua catalana DIEC 2* (2a. ed.). Barcelona: Institut d'Estudis Catalans. Consultat 23 octubre 2019, des de <http://dlc.iec.cat/>
- Generalitat de Catalunya. Departament de Cultura (s/d). *Diccionari enciclopèdic de medicina (DEMCAT)*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Cultura. Consultat 7 juliol 2019, des de http://www.termcat.cat/es/Diccionaris_En_Linia/183/Cerca/
- Enderby, P. (1983). *Frenchay Dysarthria Assessment*. Austin: Pro-Ed, TX.
- Federación de Enseñanza de CCOO de Andalucía (2010). Reeduación de la voz hablada en los profesionales oradores. Parte III de III. *Revista digital para profesionales de la enseñanza*, 6, 1-10.
- Furkim, A. M., Duarte, S. T., Sória, F. S. et al. (2014). Evaluación clínica de las disfagias orofaríngeas. A F. Susanibar, I. Marchesan, D. Parra i A. Dioses (Ed.), *Tratado de evaluación de motricidad orofacial* (2a. Ed., p. 233-246). Madrid: Editorial EOS.
- García-Bostrán, B., Granell-Navarro, J., Gutiérrez-Fonseca, R., i Barba-Martín, R. (2014). Cribado clínico de la disfagia orofaríngea en un hospital general. Primeros resultados. *Revista de la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja*, 5(14), 112-123.
- García-Peris, P., Velasco, C., Velasco, M., i Clavé, P. (2011). Disfagia en el anciano. *Nutrición Hospitalaria Suplementos*, 4(3), 35-43.
- Groher, M. E. (1997). *Dysphagia: Diagnosis and Management* (3a. Ed.). Canadá: Butterworth-Heinemann.
- Hierrezuelo Cortina, S. (s/d). *Técnicas de facilitación neuromuscular propioceptiva*. Consultat 23 octubre 2019, des de http://www.sld.cu/galerias/ppt/sitios/gericuba/tecnicas_de_facilitacion_neuromuscular_propioceptiva.ppt
- Hirano, M. (1981). *Clinical examination of voice*. Viena: Springer-Verlag.
- Hospital General Universitario Gregorio Marañón (2019). Alimentación por vía oral. Madrid: Salud Madrid. Consultat 23 octubre 2019, des de <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1271685145227&ssbinary=true>
- Ickenstein, G. W. (2011). *Diagnosis and treatment of neurogenic dysphagia*. Bremen: UNI-MED Science.
- Institut Català de la Salut (s/d). Sondatge nasogàstric: annex 2: alimentació enteral. Consultat 7 juliol 2019, des de http://ics.gencat.cat/web/.content/documents/assistencia/procediments-infermeria/sondatge/Annex2_Alimentacio_enteral.pdf
- Kent, R., Weismer, G., Kent, J., i Rosenbeck, J. (1989). Toward explanatory intelligibility testing in dysarthria. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 54, 482-499.
- Matsuo, K., i Palmer, J. B. (2009). Anatomy and Physiology of Feeding and Swallowing-Normal and Abnormal. *Phys Med Rehabil Clin N Am.*, 19, 691-707. <https://doi.org/10.1016/j.pmr.2008.06.001>
- Melle Hernández, N. (2007). Intervención logopédica en la disartria. *Revista de Logopedia, Foniatria y Audiología*, 27(4), 187-197. [https://doi.org/10.1016/S0214-4603\(07\)70087-6](https://doi.org/10.1016/S0214-4603(07)70087-6)

- Melle, N. (2007). *Guía de intervención logopédica en la disartria*. Madrid#: Síntesis.
- Nutrición parenteral total (2018). *A Medline Plus*. Consultat 23 octubre 2019, des de <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000177.htm>
- O'Neil, K. H., Purdy, M., Falk, J., i Gallo, L. (1999). The Dysphagia Outcome and Severity Scale. *Dysphagia*, 14(3), 139-145. Consultat 23 octubre 2019, des de <https://doi.org/10.1007/PL00009595>
- Ortiz, K. Z. (2014). Evaluación de la apraxia del habla y disartria. A F. Susanibar, I. Marchesan, D. Parra i A. Dioses (Ed.), *Tratado de evaluación de motricidad orofacial* (2a. Ed., p. 299-318). Madrid: Editorial EOS.
- Peña-Casanova, J. (1990). *Programa integrado de exploración neuropsicológica: test Barcelona*. Barcelona: Masson.
- Piccirillo, J. F., Painter, C., Fuller, D., Haiduk, A., i Fredrickson, J. M. (1998). Assessment of two objective voice function indices. *Ann. Otol. Rhinol. Laryngol.*, 107 (5Pt1), 396-400.
- Robertson, S. J. (1982). *Robertson Dysarthria Profile*. Bicester: Winslow Press. Samar.
- Rofes, L., Arreola, V., Almirall, J. et al. (2011). Diagnosis and management of oropharyngeal dysphagia and its nutritional and respiratory complications in the elderly. *Gastroenterology Research and Practice*, 2011, 1-13. <https://doi.org/10.1155/2011/818979>
- Rosenbek, J. C., i LaPointe, L. L. (1991). The dysarthria: description, diagnosis, and treatment. A D. F. Johns (Ed.), *Clinical management of neurogenic communication disorders*. Boston: Little Brown.
- Smith Hammond, C. A., i Goldstein, L. B. (2006). Cough and aspiration of food and liquids due to oral-pharyngeal dysphagia. *Chest*, 129(1 Suppl), 154S-168S. <https://doi.org/10.1007/s00408-007-9064-4>
- Velasco, M., Arreola, V., Clavé, P., i Puiggrós, C. (2007). Abordaje clínico de la disfagia orofaríngea: diagnóstico y tratamiento. *Nutrición Clínica en Medicina*, 1(3), 174-202. Consultat 23 octubre 2019, des de <https://xsemanageriatria.files.wordpress.com/2012/09/revisic3b3n-disfagia.pdf>
- Velasco, M., i García-Peris, P. (2009). Causas y diagnóstico de la disfagia. *Nutr Hosp Suplementos*, 2(2), 56-65.
- Vithas (s/d). Blog de Daño Cerebral. Consultat 23 octubre 2019, des de <https://neurorhb.com/blog-dano-cerebral/>

PROTOCOLO DE EVALUACIÓN DE DISARTRIAS

Karin Z. Ortiz

Nombre: DAVID
 Sexo: _____
 Fecha de Nacimiento: 3/04/1963 Edad Actual: 55
 Dominancia Manual: Derecha
 Escolaridad: Estudio Superior
 Diagnóstico Neurológico: Memoria intracerebral, hemiparálisis (E)
 Diagnóstico de Imagen: _____
 Fecha de Evaluación: 18/07/2018
 Fonoaudiólogo Responsable: _____
 Evaluaciones Complementarias: _____

Avaluación estructural:

Musculatura Facial en Reposo - VII par

1. La boca, ¿es simétrica? : simétrica s() n()
2. Los ojos, ¿están abiertos? s() n() Parcialmente () Totalmente ()
3. La cara, ¿está rígida? s() n()
4. La nariz, ¿está simétrica? s() n()

Musculatura Mandibular en Reposo- V par

1. A mandíbula está mas descendida que lo normal? s() n()

Musculatura de la Lengua en reposo- XII par

1. La lengua esta en tamaño normal? s() n()
2. La lengua esta en la línea media? s() n()
3. La lengua parece simétrica en tamaño? s() n()
4. Cuando la lengua reposa en los dientes incisivos inferiores, se observa fasciculaciones? s() n()
5. Las fasciculaciones son observadas en el dorso o a lo largo de los lados de la lengua? s() n()
6. La lengua permanece en reposo? s() n()
7. La lengua presenta movimientos laterales o en direccion antero-posterior? s() n()
8. La punta o el dorso de la lengua realizan movimientos anormales de elevación y descenso? s() n()

Musculatura del velo palatino - X par

1. Los arcos faciales son simétricos? s() n()
2. El velo del paladar parece estar más bajo de un lado que del otro? s() n()

314

Tratado de Evaluación de Motricidad Orofacial

3. Los dos lados parecen estar más bajos y más próximos al dorso de la lengua que lo normal? s() n()

I. RESPIRACIÓN

1. Velocidad y Tipo de Respiración

TIPO Mixta Torácica Clavicular Inversa

Abdominal Mixta Torácica Clavicular Inversa

VELOCIDAD Ciclos por minuto 25 *irregular*

2. Capacidad Vital (> 80 %)

3. Tiempos Máximos de Fonación

/a/ 5 segundos

/i/ 6 segundos (10 a 20 segundos)

/s/ 7 segundos

/z/ 5 segundos

Cociente fonatorio Capacidad vital

4. Relación /s/ /z/ 1' 5

5. Palabras por Espiración

Contar Números (1-20) PE = 12 *(4 inspiración)*

Lectura de Texto (129) PE = — *clonado vital*

Conversación (2 minutos) PE = — *no me da cuenta de la frase*

II. FONACIÓN

CALIDAD VOCAL

Voz

Ronca Áspera Soprosa Bitonal Trémula Hipernasal Hiponasal Pastosa Tensa Monótona Crepitante Presbifónica

7. Ataque Vocal

Isocrónico Brusco Aspirado

8. Loudness (volumen)

Adecuada Alta Baja

9. Pitch (tono)

Adecuado Grave Aguda *en fr el ejercicio*

10. Estabilidad o Flutuaciones en la Frecuencia y la IntensidadJitter (fluctuación) Shimmer (brillo) **III. RESONANCIA****11. Movimiento Velar***Musculatura del velo palatino durante el movimiento- X par*

Decir /a/ 5 veces con una buena pausa entre los sonidos.

- Consistente y Simétrico
 Asimétrico, pero se mantiene el movimiento.
 Se produce un deterioro en la habilidad de elevar el velo en la serie.
 Mínimo movimiento del velo
 Ausencia de Movimiento

12. Emisión Nasal

Decir (palo x mano) 3 veces
 (Utilizar espejo de Glaetzel)

13. Nasalidad

Utilice la grabación y el análisis del texto de la percepción de la palabra "pan".

- Resonancia oral y nasal normales
 Hipo o hipernasalidad leve o no - "balanceada"
 Deterioro de la resonancia con el tiempo
 Hipo o Hipernasalidad moderada a severa
 Habla completamente mascarada por la hipernasalidad

14. Reflejo /Gag¿Ocurre el reflejo de Gag, cuando tocamos la pared posterior de la faringe? s() n**15. Tose**¿El paciente consigue producir una tos fuerte, audible y eficaz? s() n**ARTICULACIÓN****16. Movimientos Labiales**

Decir /ú / ˘ / ˘ / i / 5 veces seguidas

Decir / p / 5 veces seguidas

- Sin anomalía; realiza 5 series en 5 segundos.

- Asimetría D () o I (); o tiempo reducido (8 a 10 seg)
- Movimientos inconsistentes / irregulares o deterioro progresivo. *Diminui mobilitat*
- Inclusión de por lo menos 3 de los siguientes factores: movimiento en apenas una dirección, movimientos groseros, temblor, inhabilidad para realizar más de dos series progresivas, reducción de velocidad durante el movimiento.
- Mínima fuerza. Ausencia de cierre labial.

Musculatura Facial durante el movimiento voluntario VII par.

Sonrisa Simétrica n()

¿El paciente consigue inflar las mejillas y mantener los labios cerrados cuando se aplica una presión? s() n()

17. Movimientos Mandibulares

El paciente debe abrir y cerrar la boca. Abrir lo máximo que se pueda.

- Movimiento normal y Simétrico
- Movimiento simétrico, pero con cierre incompleto o presencia de ruido en la ATM
- Movimiento asimétrico, lento, pero con el cierre completo
- Movimiento asimétrico e incompleto durante el cierre
- Mínima elevación o abertura mandibular.

Movimiento Mandibular durante el movimiento voluntario – V par

1. Cuando el paciente abre la boca con la mayor amplitud posible, ¿ocurre desvío mandibular? n()
2. ¿El paciente puede mover voluntariamente la mandíbula hacia la derecha y hacia la izquierda? s() n()
3. ¿El paciente puede mantener la boca abierta si el evaluador presiona el cierre? n()
4. ¿El paciente consigue resistir el intento del evaluador de abrir la boca, mientras que los dientes están cerrados? n()

Movimientos Voluntarios de la Lengua- XII par craneano

18. Movimientos de Lengua

1. ¿El paciente consigue protruir completamente la lengua? n()

Todos los movimientos deben ser realizados 5 veces

- Protrusión y Retracción.
- Elevación y depresión.
- Lateralización.

Sin anomalías; realiza 5 series en 6/7 segundos.

Buen movimiento pero lento (8 a 10 seg); o leve reducción en el rango de movimiento.

- Movimientos inconsistentes o irregulares durante la serie, o presentan movimientos asociados D () I ().
- Inclusión de por lo menos 3 de los siguientes factores: movimientos groseros, tembor o fasciculaciones, inhabilidad para realizar más de dos series consecutivas, asimetría o reducción de la velocidad durante el movimiento.
- Mínima fuerza. Ausencia de movimientos.

19. Movimientos de Lengua : Habla

Decir /ka - Ta/ 5 veces – lo más rápido posible.

- Ninguna dificultad observada.
- Incoordinación leve o alteración leve de la fuerza o tiempo reducido (6 /7 s)
- Deterioro progresivo en el rendimiento o velocidad reducida (8 /10 s)
- Incluye por lo menos 3 de los siguientes factores: distorsión fonémica, movimientos faciales asociados, velocidad reducida, fuerza reducida.
- Ningún cambio en la posición o desempeño muy pobre.

20. Resistencia lingual activa

Tiempo : 5 segundos

- Fuerza normal.
 - Leve debilidad con evidencia de resistencia.
 - Resistencia asimétrica o unilateral.
 - Incluye de por lo menos 3 de los siguientes factores: no resiste sin presencia de hipercinesia; tono muscular anormal; resistencia reducida; no mantiene la resistencia durante la prueba, ocurren movimientos facilitadores.
 - Ninguna resistencia a la presión; sin protrusión.
1. Con la lengua protruida, ¿el paciente consigue resistir la fuerza del movimiento para los lados? s() n().
 2. Con la lengua en las mejillas, ¿el paciente consigue resistir la fuerza de moverla para el centro? s() n().

21. Intelligibilidad del habla

Palabras _____

Palabras-objetivo de las oraciones _____

BASES COMBINADAS (respiración, fonación, articulación y resonancia):

22. Diadococinesia/ AMR (alternate motion rate)

Respire profundo y emita /papapa/ Lo más largo y rápido que pueda:

Repetir con /tatata/, /kakaka/ y con /pataka/.

1. ¿El AMR es lento? n()
2. ¿El AMR es excesivamente rápido? s() n()
3. ¿El AMR no es rítmico? n()
4. ¿El AMR es inconsistente en cuanto a la frecuencia? n()
5. ¿El AMR es inconsistente en cuanto a la intensidad? s() n()
6. ¿Ocurre tremor? s() n()
7. ¿Hay un intervalo idéntico entre las sílabas? s() n()
8. ¿Las sílabas son eventualmente distorsionadas o mal pronunciadas? n()
9. ¿Hay hipernasalidad? s() n()
10. ¿Hay emisión nasal? s() n()
11. ¿Hay una disminución en la amplitud del movimiento de los labios y mejillas? n()

Observación: la media de repeticiones es de 30-35 sílabas por 5 segundos para la /pa/ e la /ta/, siendo un poco menor para la /ka/.

23. Screening para Miastenia Gravis

El paciente debe contar rápido hasta el 100.

1. ¿Ha empeorado la fonación o la articulación con el tiempo? n()

V. PROSODIA

24. Entonación y Tonicidad (Stress)

Usar parámetros para el análisis de la lectura y/o conversación

- () Sin alteraciones
- () Inadecuación esporádica en la marcación de sílabas tónica o inadecuación esporádica en la terminación de frases o pausas inadecuadas para la respiración.
- () Inadecuada o excesiva tonicidad de sílabas, imposibilidad de marcar la entonación dentro de las oraciones o entre ellas (monotonía) o disminución de la tonicidad o de inflexión con el tiempo.
- () Inadecuada o excesiva tonicidad en las sílabas y ningún cambio de entonación en las oraciones y entre ellas.
- Tres de los siguientes factores: tonicidad inadecuada o excesiva, inflexión monótona, velocidad anormal, pausas inadecuadas para la respiración o incapacidad para comunicarse a través de palabras - frase.

26. Velocidad de Habla

Usar una grabación del texto

Velocidad de lectura = _____ pal / min

Conversación = _____ pal / min *15 palabras / 10 segundos*



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO POLYDORO ERNANI DE SÃO
TIAGO UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

**EVALUACIÓN DE SEGURIDAD
DE LA DEGLUCIÓN – ESED**



Furkim AM; Duarte ST; Soria FS; Sampaio RS; Nunes MCA; Wolff GS; Silveira FR;
Bassi D.

1. REGISTRO DE IDENTIFICACIÓN: _____ **Fecha de evaluación:** 18/07/2018

Paciente: DAVID C

Edad: 55 FN: 7 / 04 / 1963 Sexo: () M () F Escolaridad: Enfermería

1.1. Diagnóstico Neurológico: _____

Tipo y localización de la lesión: Hemorragia subaracnoidal hemisférica lateral (E)

Inicio de los síntomas: _____ Fecha de admisión: 18/07/2018

Tiempo de la lesión: _____

Ha hecho fonoterapia: () No (X) Sí Tiempo de estimulación: _____

Deivación: _____

1.2. Tumores de Cabeza y Cuello:

Tipo: _____

Extensión y ubicación de la lesión: _____ Radioera-
pia: _____ Qui-

mioterapia: _____

Cirugía: _____ Fecha: _____

Informe quirúrgico: _____

2. ASPECTOS CLÍNICOS → HC

2.1. HISTORIA CLÍNICA: _____

2.2. MEDICACIÓN: _____

2.3. BCP () No () Sí Cuántas: _____

2.4. ESTADO NUTRICIONAL (Nrs-2002): _____

2.5 VÍA DE ALIMENTACIÓN: (X) Oral () Parenteral () SNE () SOG

(X) Gastrostomía () SNG () Yeyunostomía

2.6 SIGNOS VITALES (Reposo): Fc: _____ Fr: 25 Spo2: T _____ Pa: 17 h20

2.7 RESPIRACIÓN: (X) Ambiente () Oxigenodependente () Vm

Uso de Vmni: No () Sí Tipo: _____ Tiempo: _____

Traqueotomía: No () Sí *traquea*

Cuff: No () Sí

() Inflada () Parcialmente inflado () Desinflado

Válvula de habla: No () Sí Tipo: _____

3. CONCIENCIA

3.1. GLASGOW:

()3 ()4 ()5 ()6 ()7 ()8 ()9 ()10 ()11 ()12 ()13 ()14 15 ()NA

3.2. RESPUESTA: menos de 15 minutos () más de 15 minutos

3.3 NIHSS: _____

4. COGNITIVO

4.1. HABILIDADES DE COMUNICACIÓN

4.1.1 Afasia: No () Sí Tipo _____

4.1.2 Disartria: () No Sí Tipo _____

4.1.3 Apraxia de habla: No () Sí

4.1.4 Rancho Los Amigos (TCE) ()1 ()2 ()3 ()4 ()5 ()6 ()7 ()8 ()NA

5. OBSERVACIÓN EN REPOSO

5.1. CONTROL CERVICAL: () No () Sí Asistemático

5.2. POSTURA: () Decúbito dorsal Sentado 45° () Sentado 90°

Necesita de ajustes: () No Sí Cuáles *silla reclinable*

5.3. RESPIRACIÓN: () Nasal () Oral Mixta () Ruido () Disnea () Taquipnea

() Bradipnea

5.4. CIERRE LABIAL: No eficiente () Eficiente

5.5. SIALORREA () No Sí

5.6. REFLUJO NASAL: No () Sí

5.7. POSTURA DE LENGUA NDN () Protrusión _____

5.8. MANDÍBULA: Funcional () No Funcional

242

Tratado de Evaluación de Motricidad Orofacial

5.9. ESTASIS DE SALIVA EN LA CAVIDAD ORAL: Presente () Ausente5.10. OXIMETRÍA: 955.11. AUSCULTA CERVICAL: () Positivo Negativo**6. DEGLUCIÓN ESPONTÁNEA**6.1. SIGNOS CLÍNICOS DE ASPIRACIÓN: () Tos () Disnea voz "húmeda"

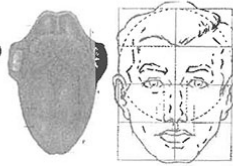
6.2. TRAQUEOTOMÍA: Prueba Blue Dye: () Positivo () Negativo ✓

6.3. OXIMETRÍA: 956.4. AUSCULTA CERVICAL: Positivo () Negativo**7. EVALUACIÓN ESTRUCTURAL****7.1. DENTICIÓN**7.1.1 DENTICIÓN: completa () incompleta7.1.2 Prótesis: () total () parcial () inferior () superior ndn7.1.3 Tipo de mordida: () abierta () resalte () sobremordida normal

7.1.4 Oclusión: () clase I () clase II 1º división () clase II 2º división () clase III

7.1.5 Higiene Oral: () BEG () REG () PEG *ver or***7.2 SENSIBILIDAD**

7.2.1. Facial e intraoral (toque -1 disminuida; 2 exacerbada)

a) Facial: normal () alteradab) Lengua: normal () alterada**7.3 REFLEJOS ORALES**7.3.1 Reflejo del vómito: () presente ausente () exacerbado7.3.2 Reflejo palatal: presente () ausente () exacerbado *diminuit*

7.4. MOVILIDAD AISLADA (1-movilidad, 2-velocidad, 3-amplitud, 4-fuerza, 5-precisión)

7.4.1 Lengua: () eficiente () no eficiente: 1-2-3-4-5 *1E 2ME 3E 4NE 5NE*7.4.2 Labios: () eficiente () no eficiente: 1-2-3-4-5 *1E 2ME 3E 4NE 5NE*7.4.3 Mejillas: () eficiente () no eficiente: 1-2-3-4-5 *1E 2ME 3E 4NE 5E*

7.4.4 Mandíbula: () eficiente () no eficiente: 1 E 2 NE 3 NE 4 E 5 NE

8. EVALUACIÓN VOCAL

8.1. TMF (promedio): / a /: Valor 5 s/z: 7/4

8.2. Tos voluntaria: () No Sí *no efectiva*

8.3. CALIDAD VOCAL: () normal () soprosidad () rugosidad voz "húmeda"

8.4. INTENSIDAD VOCAL: normal () reducida () aumentada

8.5. DESPUÉS DE LA DEGLUCIÓN DE SALIVA: () normal voz "húmeda"

8.6. RESONANCIA: () normal () hipernasal hiponasal

8.7. MOVILIZACIÓN LARÍNGEA: /a/ grave incompetente () competentes
/i/ agudo: incompetente () competentes

9. EVALUACIÓN FUNCIONAL DE LOS ALIMENTOS

Condiciones en la evaluación y ofrecimiento de la dieta:

9.1 POSICIÓN: sentado 90° () sentado 45° *hiperextendido*

Con adaptaciones: () No Sí Cuáles: *Aliment sólido hervido, húmedo (no líquido),
homogeneizado (que no es elisguerim).*

9.2. DIETA OFRECIDA:

() Líquida: () agua _____ ml () jugo _____ ml

() Néctar: 200 ml de líquido + 10g de espesante comercial (2 sobres)

Miel: espesante líquido 200ml + 12,5 g (2 ½ sobres)

() Pudín: 200 ml de líquido espesante + 15 g (3 sobres)

() Sólidos: oblea, agua y sal

9.3. UTENSILIOS: () vidrios () sorbete () botella () jeringa

() cuchara: () plástico metal

() té () café () postre () sopa

9.4. OBSERVACIÓN DE LA ALIMENTACIÓN DEL PACIENTE

9.4.1 Fase Preparatoria

() Se alimenta solo: No () Sí

() Eficiente: () No Sí

() Con adaptaciones: () No Sí Cuáles: *Dieta, control natural, control vte*

9.5. CONSISTENCIAS Y HALLAZGOS EN LA EVALUACIÓN FUNCIONAL DE LA DEGLUCIÓN

**HOJA DE REGISTRO DEL MÉTODO
«EXPLORACIÓN CLÍNICA VOLUMEN-VISCOSIDAD»**

NOMBRE: DANI
 EDAD: 55
 FECHA: 18/07/2018

VISCOSIDAD	NÉCTAR			LÍQUIDO			PUDIN		
	5 ml	10 ml	20 ml	5 ml	10 ml	20 ml	5 ml	10 ml	20 ml
Tos	-	-	-	/			/		
Cambio de voz	-	-	(+)						
Desaturación de oxígeno	-	-	-						

ALTERACIONES O SIGNOS DE EFICACIA

	5 ml			10 ml			20 ml		
	5 ml	10 ml	20 ml	5 ml	10 ml	20 ml	5 ml	10 ml	20 ml
Sello labial	-	(+)	(+)	/			/		
Residuo oral	+	+	+						
Deglución fraccionada	-	+	+						
Residuo faríngeo	+	+	+						

EVALUACIÓN FINAL: No es consider oportú passar ni néctar, ni pudins.

RECOMENDACIÓN DIETÉTICA: Aliments amb viscositat - el a valor mitjà. Aliments líquids.

INGESTA DE FLUIDOS RECOMENDADA:

VISCOSIDAD	LÍQUIDO	<input type="checkbox"/>	VOLUMEN	BAJO	<input type="checkbox"/>
	NÉCTAR	<input type="checkbox"/> → MEL		MEDIO	<input checked="" type="checkbox"/>
	PUDIN	<input type="checkbox"/>		ALTO	<input type="checkbox"/>