
Caso clínico. Exploración de la disartria y la disfagia en un paciente adulto

PID_00269148

Núria Oriol Peregrina

Tiempo mínimo de dedicación recomendado: 3 horas





Núria Oriol Peregrina

Profesora de los Estudios de grado de Logopedia en UVic-UCC/UOC. Logopeda en el Sociosanitario Vallparadís.

El encargo y la creación de este recurso de aprendizaje UOC han sido coordinados por la profesora: Mireia Torralba Roselló (2020)

Primera edición: febrero 2020
© Núria Oriol Peregrina
Todos los derechos reservados
© de esta edición, FUOC, 2020
Av. Tibidabo, 39-43, 08035 Barcelona
Realización editorial: FUOC

Ninguna parte de esta publicación, incluido el diseño general y la cubierta, puede ser copiada, reproducida, almacenada o transmitida de ninguna forma, ni por ningún medio, sea este eléctrico, químico, mecánico, óptico, grabación, fotocopia, o cualquier otro, sin la previa autorización escrita de los titulares de los derechos.

Índice

Introducción	5
Objetivos	11
1. Resumen del caso	13
2. Perfil del paciente	14
3. Exploración y evaluación logopédica	16
3.1. Exploración logopédica	16
3.2. Resultados de la exploración logopédica	17
3.3. Diagnóstico	20
3.4. Pronóstico	20
4. Intervención logopédica	21
4.1. Revalorización de la intervención	23
Glosario	27
Bibliografía	29
Anexo	31

Introducción

[El ictus es una] «alteración transitoria o definitiva del funcionamiento de una o varias zonas del encéfalo que aparece como consecuencia de un trastorno de la circulación sanguínea cerebral».

Diccionari enciclopèdic de medicina (DEMCAT) (s/d). Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Cultura. Disponible en: www.termcat.cat/es/diccionaris_en_linia/183/cerca/

El ictus cerebral se puede producir de forma isquémica o hemorrágica. A pesar de que las manifestaciones clínicas varían dependiendo de la zona cerebral afectada y de la extensión e intensidad de la afectación, se puede manifestar con alteraciones de la función motora, cognitiva, del lenguaje o el habla, conductuales y emocionales. En el supuesto que se presenta, a nivel logopédico el paciente presenta alteraciones del habla (disartria) y de la deglución (disfagia).

La **disartria** se define como un trastorno del habla en el que puede haber compromiso de los mecanismos básicos de la respiración, la fonación, la articulación, la resonancia y la prosodia. Asimismo, pueden estar alterados aspectos como, por ejemplo, el tono, la fuerza, la amplitud, la velocidad y la precisión de los movimientos de la musculatura implicada en la fonación (Darley, Aronson, y Brown, 1978).

Según Darley, Aronson y Brown, la disartria se puede determinar por varios criterios (Darley et al., 1978):

- **Edad de inicio:** congénita o adquirida.
- **Etiología:** vascular, neoplásica, traumática, inflamatoria, tóxica, metabólica, degenerativa.
- **Región neuroanatómica de la lesión:** cerebral, cerebelosa, troncoencefálica, médula espinal o central periférica.
- **Compromiso de nervio craneal:** V, VII, IX, X, XII.
- **Proceso del habla comprometido:** respiración, fonación, articulación, resonancia, prosodia.
- **Entidad patológica:** parkinsonismo, miastenia grave, esclerosis lateral amiotrófica, etc.

Estos autores establecen una clasificación de las disartrias en un estudio de la Clínica Mayo, en función del compromiso neurológico y la afectación clínica, que comprende seis entidades: flácida, espástica, atáxica, hipotónica, hipertónica y mixta. En la tabla 1 se puede observar el compromiso neurológico y la afectación clínica por cada uno de los tipos de disartria según Darley, Aronson y Brown.

Tabla 1. Descripción del compromiso neurológico y afectación clínica según el tipo de disartria

Tipo de disartria	Compromiso neurológico	Afectación clínica
Flácida	Neurona motora inferior	Voz soplada, hipernasalidad, imprecisión consonántica, incoordinación fonorrespiratoria.
Espástica	Neurona motora superior	Voz áspera, forzada, estrangulada; velocidad lenta del habla, imprecisión consonántica, hipernasalidad.
Atáxica	Cerebelo	Acentuación inadecuada, disprosodia, roturas articulatorias irregulares.
Hipocinética	Extrapiramidal	Velocidad rápida del habla con palilalia, tono bajo, hipofonía, monotonía, monointensidad.
Hiperkinética	Extrapiramidal	Velocidad variable en función de cada persona, sonidos alargados, voz áspera, silencios inapropiados.
Mixta	Múltiples sistemas	Las características perceptuales varían en función de los sistemas involucrados.

La exploración de la disartria se puede llevar a cabo mediante test, como por ejemplo el Frenchay Dysarthria Assessment (Enderby, 1983), el Robertson Dysarthria Profile (Robertson, 1982) o el test de Kent (Kent, Weismer, Kent, y Rosenbeck, 1989). Desgraciadamente, ninguno de ellos tiene una versión traducida y estandarizada en catalán o en castellano.

Ortiz (2014) propone un **Protocolo de evaluación de disartrias** que lo estructura en:

1) Evaluación estructural de los órganos bucofonatorios en reposo (músculos facial, mandibular, lingual y palatina).

2) Los cinco mecanismos básicos del habla:

- Respiración
- Fonación
- Resonancia
- Articulación
- Prosodia

Las tareas que propone este protocolo evalúan diferentes aspectos de la conducta motora verbal y no verbal, a partir de los cuales se extrae información descriptiva del proceso del habla.

La intervención en la disartria se desglosa en métodos médicos, instrumentales, cognitivos-logopédicos y pragmáticos (Melle Hernández, 2007). Los **métodos médicos** incluyen los procedimientos quirúrgicos y los tratamientos farmacológicos. Las **técnicas instrumentales** utilizan instrumentos como, por ejemplo, amplificadores, prótesis elevadoras del paladar o sistemas alternativos o aumentativos de comunicación (SAAC). Las **técnicas cognitivas-logopédicas** inciden en los factores estructurales-corporales y funcionales; son ejemplos de ello los ejercicios isotónicos o isométricos, la técnica del bostezo o de la masticación, o los ejercicios de cierre glótico con esfuerzo, entre otros. El **método pragmático** incluye tanto las estrategias de intervención para mejorar la comunicación como las actuaciones en las barreras sociales que puede sufrir la persona con disartria (Melle Hernández, 2007).

Los logopedas suelen utilizar mayormente las técnicas cognitivas-logopédicas, el método pragmático y las técnicas instrumentales, estas últimas en la medida de las posibilidades de cada profesional dentro de su ámbito laboral.

Además, en la intervención de la disartria con los métodos expuestos se tiene que delimitar cuándo se interviene para reducir las deficiencias estructurales-corporales por medio de ejercicios; reducir las deficiencias funcionales, como son la pérdida de inteligibilidad, las dificultades prosódicas y la alteración de la tasa del habla mediante estrategias compensatorias cuando se espera poca mejora en los mecanismos motores del habla; reducir las limitaciones en la actividad con objeto de mejorar la comunicación con los otros por medio de estrategias tanto para el afectado como para los interlocutores; o reducir las restricciones en la participación ayudando en la disminución de las barreras sociales comunicativas (Melle Hernández, 2007).

En cuanto a la **disfagia**, se define como «cualquier manifestación clínica que compromete la deglución y que puede ser causada por una condición que puede influir en la estructura o en la función de las estructuras orales, faríngeas o esofágicas» (Groher, 1997).

[La disfagia es como una] «alteración del sistema biomecánico del acto de tragar por incoordinación del proceso, obstrucción del paso, debilidad o rigidez muscular».

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

Comporta diferentes niveles de gravedad que pueden abarcar desde la situación más grave que deriva en la imposibilidad de alimentación por vía oral, hasta otras de menor riesgo en pacientes que pueden continuar alimentándose por vía oral siempre que se tomen determinadas medidas.

Los movimientos que permiten la deglución exigen la coordinación de varias estructuras neuromusculares del tronco del encéfalo, del cerebelo y del córtex cerebral (Ickenstein, 2011). Se requiere la coordinación bilateral que activa o inhibe veinticinco pares de músculos y uno impar de la cavidad oral, de la faringe, la laringe y el esófago, para que se dé satisfactoriamente (Clavé y Cichero, 2012).

La disfagia puede ser neurógena o funcional si la alteración de la motilidad o de la sensibilidad orofaríngea afecta a la propulsión del bolo alimenticio, la reconfiguración orofaríngea durante la deglución o la apertura del esfínter esofágico superior; o mecánica o estructural cuando afecta a las estructuras involucradas en el proceso deglutorio, como por ejemplo, debido a tumores orales, faríngeos, laríngeos o esofágicos (Matsuo y Palmer, 2009; Rofes et al., 2011; Velasco, Arreola, Clavé, y Puiggrós, 2007; Velasco y García-Peris, 2009).

La disfagia puede afectar a diferentes momentos del proceso deglutorio. Se puede dar en las fases preparatoria oral, oral, faríngea o esofágica. Cuando la alteración se da en las tres primeras fases deglutorias, se denomina *disfagia orofaríngea (DO)*. Cuando la disfagia afecta a la fase esofágica, se habla de *disfagia esofágica*. La DO representa casi el 80 % de las disfgias diagnosticadas (García-Peris, Velasco, Velasco, y Clavé, 2011), y tiene una incidencia entre un 40 y un 50 % en personas que han sufrido un ictus (Ickenstein, 2011).

La exploración de la disfagia puede ser clínica o instrumental. La **exploración clínica**, que es la exploración que habitualmente lleva a cabo el logopeda, comprende en primer lugar la recogida de información para obtener una historia clínica exhaustiva; en segundo lugar, una valoración del estado motor, voluntario y reflejo, y sensitivo de la musculatura implicada en la deglución, que incluye la exploración de los pares craneales relacionados; finalmente, se prueba la tolerancia por vía oral en el supuesto de que se considere oportuno (Clavé y García Peris, 2011). En castellano se dispone del test «Evaluación de seguridad de la deglución (ESED)» (Furkim et al., 2014) y del «Método de exploración volumen-viscosidad (MECV-V)» (Clavé, 2006). La **exploración instrumental** permite objetivar la naturaleza de las dificultades y establecer el grado de aspiración o de penetración, con presencia o no de aspiraciones silenciosas, describir la fisiopatología del trastorno y las posibilidades de tratamiento (Clavé y García Peris, 2011). Las pruebas instrumentales más habituales son la nasofibrolaringoscopia (FEES) y la videofluoroscopia (VFC).

Para determinar la gravedad del diagnóstico, se dispone de diferentes escalas. La **escala DOSS**, que tiene una traducción en castellano, a pesar de que no está validada (García-Bostrán, Granell-Navarro, Gutiérrez-Fonseca, y Barba-Martín,

2014), distribuye el grado de severidad en siete niveles (en la tabla 2 se muestra el descriptivo para cada nivel), desde la ausencia de disfagia a una disfagia severa. Esta escala también diferencia a los pacientes que se pueden alimentar por vía oral con dieta normal, los que lo pueden hacer pero con dieta adaptada, y los que necesitan alimentación por vía no oral.

Tabla 2. Escala de severidad para la disfagia (DOSS)

Nivel	Descripción
Nutrición exclusiva por boca: dieta normal	
7	Deglución normal-Dieta normal <ul style="list-style-type: none"> • No necesita tiempo adicional. • No necesita estrategias especiales.
6	Dentro de los límites funcionales-Independencia modificada <ul style="list-style-type: none"> • Dieta normal. Deglución funcional. • Puede haber leve retraso oral o faríngeo, retención a nivel epiglótico, pero independiente y que limpia espontáneamente. • Puede necesitar tiempo adicional en las comidas. • No hay aspiraciones o penetraciones en ninguna consistencia.
Nutrición exclusiva por boca: dieta modificada o independiente	
5	Disfagia leve: supervisión distante. Puede necesitar restricción de una consistencia. Puede presentar uno o más de los ítems siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • Aspiración solo con líquidos finos, pero con tos refleja fuerte que limpia completamente. • Penetración con una o más consistencias a mitad de camino de las cuerdas vocales o hasta las cuerdas vocales con una consistencia, pero que limpia espontáneamente. • Retención en la faringe que limpia espontáneamente. • Disfagia oral leve con reducción de la masticación o retenciones orales que limpia espontáneamente.
4	Disfagia leve-moderada: supervisión intermitente / con indicaciones; restricción de una o dos consistencias. Puede presentar uno o más de los ítems siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • Retención en la faringe que limpia con dificultad. • Retención en la cavidad oral que limpia con dificultad. • Aspiración con una consistencia, con tos refleja deficiente o ausente. • Penetración con dos consistencias a nivel de las cuerdas vocales con tos. • Penetración con una consistencia a nivel de las cuerdas vocales sin tos.
3	Disfagia moderada: asistencia total, supervisión o uso de estrategias; restricción de dos o más consistencias. Puede presentar uno o más de los ítems siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • Moderadas retenciones en la faringe que limpia con dificultad. • Moderadas retenciones en la cavidad oral que limpia con dificultad. • Penetración con dos o más consistencias a nivel de las cuerdas vocales sin tos. • Aspiración con dos consistencias con tos refleja deficiente o ausente. • Aspiración con una consistencia sin tos.
Nutrición no oral necesaria	
2	Disfagia moderada-severa: máxima asistencia o uso de estrategias con alimentación oral parcial (to-lera una consistencia segura con total uso de estrategias). Puede presentar uno o más de los ítems siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • Severa retención en la faringe, incapaz de limpiar o necesita múltiples indicaciones. • Severas retenciones orales o pérdidas, incapaz de limpiar o necesita múltiples indicaciones. • Aspiraciones con una o más consistencias, sin tos refleja ni tos voluntaria.
1	Disfagia severa: no vía oral. Puede presentar uno o más de los ítems siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • Severa retención en la faringe, incapaz de limpiar. • Severas retenciones orales o pérdidas, incapaz de limpiar. • Aspiraciones silenciosas con dos o más consistencias, tos voluntaria no funcional o incapaz de deglutir.

Para intervenir en la disfagia, se dispone de un abanico amplio de tratamientos y técnicas terapéuticas, puesto que prevé desde simples recomendaciones para favorecer la seguridad deglutoria, hasta intervenciones quirúrgicas en casos más graves, como pueden ser tumores en el área implicada en la deglución.

Las estrategias de intervención en la deglución se engloban en tres grandes bloques:

- 1) Las **estrategias de adaptación**, en las cuales no se requiere la colaboración del paciente.
- 2) La **reeducación específica**, que requiere la participación activa del afectado.
- 3) El tercer gran grupo, que recoge el **tratamiento médico y quirúrgico**.

El logopeda interviene en las estrategias de adaptación y en la reeducación específica, que se puede llevar a cabo en sesiones individuales o en sesiones grupales, en función de la gravedad de la afectación.

Tanto la disartria como la disfagia se atienden, habitualmente, a un nivel hospitalario en una primera fase, una vez el paciente está estabilizado médicamente. En una segunda fase, el paciente puede continuar la rehabilitación (RHB) en las unidades de convalecencia o larga estancia si requiere continuar ingresado, o en el hospital de día o de forma ambulatoria cuando el paciente puede volver al domicilio. Paralelamente o cuando finaliza la atención pública, los pacientes con disartria o disfagia también pueden ser atendidos en una consulta privada o hacer rehabilitación de mantenimiento en alguna entidad de tipo asociativo.

Objetivos

Este material tiene como principal objetivo entender todo el proceso de atención logopédica en un caso clínico de alteración de la deglución y del habla. Para poder lograr este objetivo hace falta:

- 1.** Entender las relaciones entre las funciones orofaciales (la deglución y la masticación) y el habla.
- 2.** Entender el perfil del paciente al que se atiende. Comprende las características generales (edad, sexo, profesión, estudios), y también la información relativa al diagnóstico y a los aspectos familiares y psicosociales. Entender la repercusión que tienen las dificultades de la deglución y del habla en la vida del paciente.
- 3.** Comprender cómo se lleva a cabo la exploración y la evaluación logopédica en un caso de alteración del habla y de la deglución. Incluye la recogida de datos por medio de una entrevista personal y un cuestionario, la exploración de los parámetros principales de la producción del habla y de la deglución. Familiarizarse con las preguntas de una anamnesis específica.
- 4.** Familiarizarse con diferentes test para la exploración de la disartria y la disfagia.
- 5.** Comprender el razonamiento diagnóstico que sigue la compilación de todos los datos y las pruebas.
- 6.** Conocer el diseño y la intervención terapéutica. Contiene la definición de los objetivos y la planificación de la intervención. Entender el abordaje para mejorar la comunicación y normalizar, siempre que se pueda, la alimentación por vía oral. Asimismo, comprende el registro y el análisis de los resultados de las sesiones terapéuticas y de las pruebas de reevaluación de los avances.
- 7.** Conocer la finalización del tratamiento.

1. Resumen del caso

David es un hombre de 55 años de edad que sufrió un ictus hemorrágico en la hemiprotuberancia izquierda. Después de pasar una semana en el hospital de agudos para estabilizar su situación médica, inicia la rehabilitación en el Instituto Guttmann durante cinco meses. Posteriormente, ingresa en la unidad de larga estancia del Centro Sociosanitario Vallparadís durante seis meses más para continuar la rehabilitación y adaptar los recursos al alta. En el sociosanitario le exploran diferentes profesionales: el médico responsable, el médico rehabilitador, el fisioterapeuta, el terapeuta ocupacional, el psicólogo, y también el logopeda.

En la exploración logopédica inicial se evidencia una disartria que compromete la inteligibilidad del habla y, por lo tanto, dificulta la comunicación; y una disfagia que le obliga a alimentarse por vía enteral por medio de una gastrostomía. Inicia la rehabilitación logopédica tres días a la semana en sesiones individuales para mejorar el trastorno del habla y el de la deglución. El tratamiento se lleva a cabo durante tres meses, adaptando la frecuencia y la intensidad de la intervención a su evolución. Durante los últimos tres meses de ingreso se hacen controles de seguimiento.

Cuando finaliza el tratamiento, el paciente dispone de estrategias para hacerse entender, a pesar de las dificultades, y ha mejorado en relación con la deglución puesto que es capaz de alimentarse por vía oral.

2. Perfil del paciente

David es un hombre de 55 años, divorciado, que previamente al ictus vivía con sus dos hijos, uno de 25 años y el otro de 18 años. Tiene estudios superiores y trabaja como comercial de seguros. Se reconoce como una persona curiosa a la que le gusta viajar.

Como antecedentes médicos hay que destacar únicamente el herpes zóster. En cuanto a hábitos tóxicos hasta el momento del ictus, presenta tabaquismo activo desde hace treinta años. No refiere alergias ni intervenciones quirúrgicas.

En la actualidad, motrizmente, el paciente tiene una tetraparesia, por lo cual reparte las horas del día entre la sedestación en una silla de ruedas adaptada y el decúbito o la sedestación en la cama.

El paciente está preservado cognitivamente, puesto que mantiene sus funciones superiores intactas. Emocionalmente está triste, pero adaptado a su situación actual.

Figura 1. El paciente en una sesión de intervención



Ved también

Se adjunta el consentimiento del paciente a ser grabado en el anexo 1.

A nivel social hay apoyo familiar por parte de los hijos, de los padres y de una hermana. La familia expresa la dificultad de cuidar a domicilio a David cuando se dé de alta del sociosanitario. Así pues, a nivel de trabajo social, se inician los trámites para conseguir, por un lado, una plaza de residencia pública gracias a la Ley para la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (LAPAD) en forma de excepcionalidad por la edad, puesto que es menor de 65 años; y por otro, la prestación económica vinculada al servicio (PEV).

Se puede describir la situación logopédica de David antes de la exploración logopédica de la forma siguiente: en cuanto a las competencias lingüísticas, el paciente es catalanohablante, y su producción verbal oral está dentro de la normalidad en cuanto al acceso al léxico y a las estructuras morfosintácticas, a pesar de que se observa limitación del discurso por las dificultades en la forma (articulación). En consecuencia, se destaca una disartria que compromete la inteligibilidad y una disfagia que afecta a la seguridad deglutoria. Cuando el paciente ingresa en el sociosanitario está iniciando la alimentación por vía oral, a pesar de que los líquidos y la medicación todavía son administrados por gastrostomía (PEG).

3. Exploración y evaluación logopédica

Cuando el paciente ingresa en la Unidad de Larga Estancia del Centro Socio-sanitario Vallparadís le visita el médico responsable acompañado de la enfermera de la planta. El médico responsable es la persona encargada de hacer la primera valoración del paciente y detectar las necesidades rehabilitadoras. En función de lo que encuentra, hace una interconsulta con los profesionales especializados que considera que lo tienen que valorar.

El médico responsable hace una exploración inicial en la que observa que el paciente está normocoloreado, normohidratado, eupneico a aire ambiente, afebril y sin signos de focalidad aguda. El paciente ha iniciado la alimentación por vía oral, a pesar de que los líquidos y la medicación se continúan administrando por la gastrostomía (PEG). La orientación diagnóstica es una hemorragia intracerebral, de predominio hemiprotuberancial izquierda. El médico informa a la familia de los diagnósticos, del tratamiento, del seguimiento y de la valoración que los diferentes profesionales del centro harán al paciente. En el caso de David, le hacen una exploración especializada tanto el médico rehabilitador, para detectar las necesidades a nivel de fisioterapia y terapia ocupacional, como el trabajador social, el psicólogo y el logopeda.

La exploración de la médica de RHB muestra que el paciente está en una silla de ruedas con respaldo abatible y reposapiés a 45°, con tetraparesia de predominio derecho, que moviliza activamente las cuatro extremidades, a pesar de que no hay control motor, observa distonia marcada de las extremidades derechas, no siendo posible la marcha. El pronóstico funcional es de alta dependencia.

Desde trabajo social se informa de los diferentes trámites para pedir las ayudas que se gestionarán a lo largo del ingreso.

El psicólogo corrobora la normalidad en cuanto a las funciones superiores y detecta un estado de ánimo triste, por lo cual aconseja el seguimiento del estado emocional.

El logopeda hace las exploraciones de las dos áreas en las que tiene la competencia: la comunicación y la deglución. A continuación, se detallan con más profundidad.

3.1. Exploración logopédica

Desde el servicio de logopedia se lleva a cabo la exploración de la comunicación, y también del área de la deglución. En cuanto al área de la comunicación, el primer objetivo es descartar dificultades a nivel lingüístico (asegurar que la denominación y la comprensión verbal oral son correctas), y delimitar las di-

ficultades en cuanto al habla. En relación con la deglución, como los informes médicos con los que llega el paciente indican inicio de alimentación por vía oral con dieta pastosa, hay que concretar el tipo de alimentos que se pueden ir introduciendo en la dieta, así como establecer las líneas de intervención en la rehabilitación. En la tabla 3 se exponen las pruebas diagnósticas.

Tabla 3. Pruebas diagnósticas en relación con la comunicación y la deglución

Área de exploración	Instrumentos de evaluación
Comunicación	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista clínica: anamnesis específica de la comunicación. • Versión reducida del test Barcelona, subapartados de lenguaje espontáneo, lenguaje descriptivo, denominación por confrontación visual y comprensión verbal oral (Peña-Casanova, 1990). • «Protocolo de evaluación de disartrias» (Ortiz, 2014). • GRBASI (Hirano, 1981; Piccirillo, Painter, Fuller, Haiduk, y Fredrickson, 1998).
Deglución	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista clínica: anamnesis específica de la deglución. • Exploración clínica: «Evaluación de seguridad de la deglución (ESED)» (Furkim et al., 2014). Observación de una comida. • MECV-V (Clavé, 2006).

Dado que el paciente viene derivado de otro hospital en el que ya se le ha hecho la exploración instrumental de la deglución con la videofluoroscopia, se recogen los datos importantes de este informe, pero no se considera necesario llevar a cabo otra exploración instrumental. Este informe destaca un compromiso tanto de la fase oral como de la fase faríngea, especialmente, una dificultad de arrastre faríngeo de los bolos alimenticios a viscosidad miel y volúmenes medios/gruesos. También aprecia tos a viscosidad néctar. Aun así, el informe dictamina que se puede iniciar la alimentación por vía oral con dieta pastosa.

3.2. Resultados de la exploración logopédica

El paciente no tiene comprometido el **lenguaje**, puesto que tiene el acceso al léxico sin dificultades, estructura correctamente las frases, a pesar de que sean cortas, y el discurso es fluido, aunque sea reducido. La comprensión verbal oral también está dentro de los límites de la normalidad: tanto la literal como la no literal, tanto la simple como la semicompleja o compleja, y también tanto la contextualizada como la descontextualizada. Por este motivo, la descripción en profundidad de esta área no es un objetivo concreto del análisis del caso que se presenta.

Ahora bien, el **habla** está marcada por una alteración articulatoria que compromete parcialmente la inteligibilidad y hace que el interlocutor tenga que hacer todo lo posible para entender el contenido. El paciente es consciente de parte de las dificultades. Su padre, su hermana y el hijo mayor lo entienden bastante bien, en cambio, la madre y el hijo pequeño tienen más dificultades para entenderlo.

En el habla mediante la conversación se observa una alteración importante de la articulación y de la prosodia. La exploración formal indica alteración en todos los parámetros del habla y también en la musculatura. A continuación, se describen los resultados de las tareas evaluadoras para cada uno de los componentes del habla, y también del estado de la musculatura de los órganos bucofonatorios según el «Protocolo de evaluación de disartrias» (Ortiz, 2014):

Ved también

Se adjunta el «Protocolo de evaluación de disartrias» (Ortiz, 2014) en el anexo 2.

1) Respiración: la respiración es superficial, de modo mixto y de tipo mixto, abdominal y torácico. Mantiene una /s/, con dificultad articulatoria del sonido, de 7 segundos. Hace 25 ciclos respiratorios por minuto, de forma superficial y casi imperceptibles.

2) Fonación: se observa incoordinación fonorrespiratoria, con un aumento del tiempo fonatorio durante el habla por las posibilidades respiratorias. Mantiene una /z/ de 4 segundos, resultando un índice fonorrespiratorio de 1,5, indicativo de cierre laríngeo defectuoso. Necesita coger aire cuatro veces para contar del 1 al 20 en voz alta, aumentando la frecuencia a partir del número 12. Mantiene una /a/ de 5" y una /y/ de 6", con cambio de tono durante la emisión.

Su voz es bitonal, bastante clara, a pesar de que tiene un leve grado de disfonía y claramente monótona. Los valores de los parámetros de la escala para la evaluación vocal perceptiva a nivel glótico GRBASI (Hirano, 1981; Piccirillo et al., 1998) se presentan en la tabla 4. La gradación se establece en cuatro niveles: 0 equivale a normal, 1 a leve, 2 a moderado y 3 a intenso.

Tabla 4. Valores resultantes de la escala perceptiva GRBASI

Parámetros	Valor
Grado de disfonía (G)	1
Rugosidad (R)	1
Soplo (B)	0
Astenia (A)	1
Tensión (S)	0
Inestabilidad (I)	1

La intensidad se mantiene dentro de los límites de la normalidad, y tiene un control parcial cuando se le pide que cuente del 1 al 5 aumentando la intensidad. El ataque vocal es isocrónico.

3) Resonancia: la resonancia tiene una tendencia a ser gutural, y levemente hiponasal.

4) Articulación: la articulación es de los parámetros más afectados. Se caracteriza por una imprecisión en el modo articulatorio, de forma que quedan afectados los sonidos oclusivos, los fricativos, los africados y los nasales. El punto articulatorio también es poco preciso, con predominio de alteración de los sonidos linguales y labiales. Se observa especial dificultad en la articulación de los oclusivos sordos, la /s/, /f/ y las vocales, con disminución del recorrido labial y lingual.

5) Prosodia: la prosodia también presenta perturbación por una tendencia importante a la monotonía y disminución del ritmo del habla.

6) Musculatura de los órganos bucofonatorios: las dificultades que presenta en el habla se deben en buena parte a la afectación de la musculatura implicada. Los movimientos de los órganos bucofonatorios son lentos y con disminución del recorrido. De forma global, se observa disminución del tono muscular de la hemifacies derecha, con aumento del tono de los maseteros y rigidez labial.

En la exploración se observa que el paciente bajo control puede llevar a cabo la mayoría de los movimientos que se le piden de los labios, la lengua, las mejillas, el velo del paladar y la mandíbula de forma bastante precisa. Cuando se introduce el movimiento diadococinético, se pierde precisión en los movimientos por la falta de agilidad de los músculos de pasar a una posición articulatoria a otra. Cuando se introduce la fonación, la falta de fuerza de los músculos acaba de deteriorar la calidad de las producciones. La sensibilidad de los órganos bucofonatorios está preservada.

En cuanto a la **deglución**, ha iniciado la alimentación por vía oral con dieta pastosa, a pesar de que continúa tomando los líquidos y la medicación por la PEG. Tanto el paciente como la familia tienen poca conciencia del riesgo que tiene en relación con la deglución, puesto que el paciente pide alimentos de riesgo y la familia se los da.

En la exploración clínica de la deglución, aparte de la información que se acaba de obtener de la musculatura implicada en el habla, que es mayormente la misma que la implicada en la deglución, se puede añadir que la movilización laríngea es insuficiente.

En reposo alterna labios cerrados y abiertos. No hay falta de piezas dentarias. Se hace la exploración una hora después de que el paciente haya almorzado y todavía hay restos orales.

Presenta dificultad en el control de la saliva. Cuando se le pide que trague saliva voluntariamente, lo hace con cierto esfuerzo, observándose movimientos compensatorios con la cabeza. A pesar de que no hay pérdida anterior de saliva, sí que hay una tendencia al aumento intrabucal.

Ved también

Se adjunta el protocolo «Evaluación de seguridad de la deglución (ESED)» (Furkim et al., 2014) en el anexo 3.

De los otros controles orales voluntarios que se le piden, se observa que la tos es poco efectiva y que todavía presenta más dificultad para aclararse la garganta. Puede mantener la apnea durante tres segundos. Durante la conversación el paciente presenta voz mojada, con dificultades para limpiar las mucosidades.

El reflejo de vómito no está presente y el reflejo palatal levemente disminuido. La sensibilidad facial y la lingual están preservadas.

Su postura durante la deglución es de lateralización e hiperextensión cervical, cosa que compromete la seguridad. Es cuando presenta más tos. Tiene poca capacidad para resolver una situación deglutoria conflictiva.

En la administración del «Método de exploración clínica volumen-viscosidad MECV-V» (Clavé, 2006) se considera oportuno empezar el test con viscosidad miel y no néctar para evitar situaciones de riesgo. Con viscosidad miel, se observa presencia de cambio de voz en volumen de 20 ml, hay residuos orales y faríngeos con todos los volúmenes; y alteración del sello labial y deglución fraccionada a partir de volúmenes de 10 ml.

En la tabla 7 del apartado «Revalorización de la intervención» se presenta la información de los resultados de la exploración al inicio y al final de la intervención de forma comparativa.

3.3. Diagnóstico

El diagnóstico del habla es de **disartria**. La deliberación para determinar el tipo de disartria conduce a definir el tipo de disartria que presenta David como una disartria espástica, tanto por el compromiso neurológico como por la estabilidad en los síntomas, la imprecisión consonántica, el ritmo retardado del habla y el aumento de la tonicidad muscular.

El diagnóstico de la deglución es de **disfagia orofaríngea neurológica**, tanto por líquidos como por algunas texturas de sólidos. Según la escala «Dysphagia outcome and severity scale (DOSS)» (O'Neil et al., 1999) está en un momento de tránsito entre el nivel 2 de DO moderada-severa a nivel 3 de DO moderada. El momento en el que el paciente ingresa es un momento de tránsito a nivel deglutorio, puesto que cuando se le estaba dando el alta en el anterior centro apenas se estaba iniciando la alimentación por vía oral.

3.4. Pronóstico

Dado que el paciente ingresa en el sociosanitario después de un tiempo de evolución superior a los seis meses, se considera que motrizmente es posible que haya iniciado la estabilización. Por este motivo, los cambios que se prevén serán limitados, posiblemente cambios que no modificarán su funcionalidad, aunque sí que pueden mejorar su calidad de vida.

Ved también

Se adjunta el «Método de exploración clínica volumen-viscosidad MECV-V» (Clavé, 2006) en el anexo 4.

Ved también

En el anexo 2 y 3 se aportan los protocolos tanto de la exploración del habla, «Protocolo de evaluación de disartrias» (Ortiz, 2014), como de la exploración de la deglución, «Evaluación de seguridad de la deglución (ESED)» (Furkim et al., 2014).

4. Intervención logopédica

El paciente desarrolla la rehabilitación logopédica durante su estancia en el sociosanitario, que oscila en torno a seis meses.

A partir del análisis conjunto de los datos recogidos, se llega a definir los **objetivos de la intervención** siguientes:

1) Mejorar la comunicación

- Proporcionar estrategias comunicativas para favorecer la comunicación.
- Potenciar la entonación melódica del habla.
- Mejorar la inteligibilidad del habla:
 - Aumentar la precisión articulatoria tanto como se pueda.
 - Equilibrar el tono muscular de los órganos bucofonatorios para favorecer una mejor articulación.

2) Lograr la alimentación por vía oral

- Mejorar el proceso deglutorio.
- Potenciar la seguridad deglutoria.

La **intervención** es directa con el paciente, individual y rehabilitadora. También se hacen sesiones conjuntas con la familia para generalizar las estrategias y trabajar en la misma dirección.

A nivel del **habla**, se utilizan las técnicas logopédicas-conductuales y el método pragmático. Para intervenir en la deglución se usan las estrategias de adaptación y la reeducación específica.

En la tabla 5 se muestra un cronograma que incluye la información de la temporalidad, la periodicidad, la duración y el objetivo de las sesiones en función de la evolución que presenta el paciente.

Tabla 5. Cronograma del desarrollo de las sesiones de logopedia

Etapas	1.ª etapa	2.ª etapa	3.ª etapa
Temporalidad	Tres meses	Dos meses	Un mes y medio
Periodicidad sesiones	Tres semanales	Dos semanales	Una semanal
Duración sesión	30 minutos	30 minutos	30 minutos

Etapa	1.ª etapa	2.ª etapa	3.ª etapa
Objetivo	Periodo rehabilitador	Inicio de la estabilización	Control y preparación del alta

En las sesiones logopédicas se trabajan conjuntamente los objetivos en relación con el habla y la deglución, puesto que la intervención en las dos áreas está interrelacionada.

En cuanto al habla, se trabajan de forma paralela las estructurales-corporales por medio de ejercicios, las deficiencias funcionales con estrategias compensatorias y el uso de estrategias comunicativas por el paciente y por los interlocutores para favorecer una situación comunicativa óptima. La secuencia de intervención se establece de acuerdo con la jerarquía de los síntomas según la relación de estos con la inteligibilidad (Rosenbek y LaPointe, 1991). De este modo los dos procesos motores sobre los cuales se prioriza la intervención son la articulación y la prosodia.

En cuanto a la **deglución**, la intervención se fundamenta en el trabajo de forma paralela entre las estrategias de adaptación y la intervención específica con ejercicios isotónicos, isométricos e isocinéticos, y ejercicios respiratorios y fonatorios.

En la tabla 6 se exponen las directrices y la temporización en relación con la intervención logopédica.

Tabla 6. Técnicas de intervención y tiempo de dedicación de los ejercicios en la disartria y la disfagia

Área	Técnicas	Intervención	Temporalidad
Habla	Técnicas logopédicas-conductuales	Estructurales-corporales <ul style="list-style-type: none"> • Control postural • Facilitación neuromuscular propioceptiva • Ejercicios isotónicos, isométricos e isocinéticos • Incremento de la frecuencia de la voz • Técnica del bostezo • Técnica de la masticación • Contrastes melódicos (grupo fónico) • Contrastes acentuales (grupos tónicos y acento prosódico) 	A lo largo de la sesión A lo largo de la sesión 15 minutos 5 minutos 5 minutos 5 minutos 10 minutos 10 minutos
	Método pragmático	Estrategias compensatorias <ul style="list-style-type: none"> • Sobrearticulación • Palabra clave • Contrastes melódicos Estrategias comunicativas <ul style="list-style-type: none"> • Orientaciones para el paciente y para los interlocutores 	10 minutos A lo largo de la sesión 10 minutos
Disfagia	Estrategias de adaptación	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptación de la dieta • Control postural 	En cada comida
	Reeducación específica	<ul style="list-style-type: none"> • Estimulación termo-táctil-gustativa • Ejercicios isotónicos, isométricos e isocinéticos 	10 minutos 10 minutos

Generalmente, las sesiones incluyen:

- Un trabajo que se va haciendo a lo largo de toda la sesión, como es la corrección postural y la facilitación neuromuscular propioceptiva.
- Unos ejercicios isotónicos, isométricos e isocinéticos que inciden en alguno de los OBF o en alguna de sus variables motrices (velocidad, precisión, etc.).
- Otras técnicas conductuales que sobre todo favorecen una mejor prosodia, articulación y respiración, aunque también la fonación y la resonancia.

De este modo, una sesión puede distribuir el tiempo entre diez minutos de ejercicios musculares de los OBF, cinco minutos para ejercicios respiratorios y quince minutos de técnicas conductuales o estrategias compensatorias, como la sobrearticulación.

En cuanto a las adaptaciones de la dieta en la intervención de la disfagia, y de acuerdo con el resultado de la exploración, se decide iniciar la alimentación por vía oral con alimentos sólidos blandos homogéneos a volúmenes pequeños-medios y líquidos a viscosidad miel, administrados con cuchara de postre. Así pues, los líquidos y la medicación, esta de forma aplastada, se empiezan a introducir por vía oral. Durante las comidas, se informa a las auxiliares de enfermería y a la familia de la importancia de la verticalidad durante la deglución, del volumen con el que se tienen que ingerir los alimentos y del ritmo de la ingesta, que tiene que ir sincronizado con las posibilidades motoras del paciente.

Puntualmente se hacen sesiones con la familia para facilitar la generalización de las estrategias comunicativas y las orientaciones en relación con el gesto alimentario.

4.1. Revalorización de la intervención

Por el tipo de intervención que se hace con el paciente, se revaloriza de forma constante la evolución del habla, por medio de la conversación y la ejecución de los ejercicios en las sesiones, y de la deglución mediante la observación de diferentes comidas.

Cuatro meses después del inicio y en la última sesión, se lleva a cabo la revalorización formal, en la que se hacen las mismas pruebas que en la primera valoración y así se puede valorar la efectividad del tratamiento. En la tabla 7 se exponen los resultados en las diferentes áreas después de la intervención llevada a cabo.

Tabla 7. Exposición comparativa de los resultados de la exploración del habla y de la deglución

	Primera valoración (18 de julio de 2018)	Valoración final (8 de febrero de 2019)
Habla	Respiración: superficial, modo y tipo mixto, abdominal y torácico. /s/ de 7 segundos. 25 ciclos respiratorios.	Bajo control respiración toracicoabdominal , modo nasal. /s/ de 9 segundos. 21 ciclos inspiratorios.
	Incoordinación fonorrespiratoria moderada , aumento del tiempo fonatorio durante el habla por las posibilidades respiratorias. /z/ de 4 segundos, índice fonorrespiratorio de 1,5. Necesita coger aire cuatro veces para contar del 1 al 20 en voz alta, aumentando la frecuencia a partir del número 12. /a/ de 5" e /i/ de 6", con cambio de tono durante la emisión.	Incoordinación fonorrespiratoria leve. /z/ de 6 segundos, índice fonorrespiratorio de 1,2. Necesita coger aire una vez para contar del 1 al 20 en voz alta. /a/ de 6" e /i/ de 7", con tono estable durante la emisión.
	Voz: levemente disfónica, bitonal, monotonía moderada. GRBASI: 1 1 0 1 0 1. Intensidad: normal, con control parcial. Ataque vocal isocrónico.	Voz: clara, estabilidad vocal, leve-moderada monotonía. GRBAS: 0 0 0 1 0 0. Más control de la intensidad. Ataque vocal isocrónico.
	Resonancia: con tendencia a ser gutural y levemente hiponasal.	Resonancia: más armónica.
	Articulación: muy afectada. Imprecisión en el modo articulatorio (sonidos oclusivos, fricativos, africados y nasales). Punto articulatorio poco preciso (alteración de los sonidos linguales y labiales). Especial dificultad en la articulación de los oclusivos sordos, la /s/, /f/ y las vocales, con disminución del recorrido labial y lingual.	Articulación: se mantiene afectada. Bajo control, más precisión en el modo y en el punto articulatorio.
	Prosodia: monotonía importante y lentitud del ritmo de habla.	Prosodia: monotonía moderada y lentitud del ritmo de habla.
Órganos bucofonatorios	Movimientos lentos y con disminución del recorrido. Disminución del tono muscular de la hemifacies derecha, con aumento del tono de los maseteros y rigidez labial. Movimientos aislados de labios, lengua, carrillos, velo del paladar y mandíbula bastante precisos. Movimiento diadococinético con pérdida de precisión, falta de agilidad y de fuerza de los músculos. Sensibilidad preservada.	Movimientos menos lentos y con recorrido adecuado. Eutonía muscular de la hemifacies derecha, de los maseteros y rigidez labial. Precisión en los movimientos aislados y leve mejora en los diadococinéticos. Sensibilidad preservada.
Deglución	Piezas dentarias presentes. Movilización laríngea insuficiente. Aumento de saliva intrabucal. Dificultad en el control de la saliva. Deglución de saliva voluntaria con movimientos compensatorios con la cabeza. Tos poco efectiva, dificultad al aclararse la garganta. Apnea durante tres segundos. Voz mojada, con dificultades para limpiar las mucosidades. Reflejo de vómito ausente y reflejo palatal levemente disminuido. Sensibilidad facial y lingual preservadas. Postura durante la deglución de lateralización e hiperextensión cervical. Poca capacidad para resolver una situación deglutoria conflictiva. Dieta pastosa. Líquidos y medicación por gastrostomía. Escala DOSS: nivel 2-3.	Piezas dentarias presentes. Movilización laríngea correcta. Leve aumento de saliva intrabucal. Tos poco efectiva, más capacidad para aclararse la garganta. Apnea que puede ser de diez segundos. Voz clara, con dificultades ocasionales para limpiar las mucosidades. Reflejo de vómito ausente y reflejo palatal normal. Sensibilidad facial y lingual preservadas. Postura vertical durante la deglución. Poca capacidad para resolver una situación deglutoria conflictiva. Dieta logopeda (alimentos sólidos blandos y homogéneos). Líquidos a viscosidad néctar espeso. Medicación sin aplastar por vía oral. Escala DOSS: nivel 4.

El paciente reconoce sus dificultades comunicativas y es consciente de que a menudo tiene que repetir los mensajes para ser entendido. Aun así, difícilmente utiliza las estrategias aprendidas para mejorar el acto comunicativo de forma espontánea. El interlocutor es la persona que se lo tiene que recordar, puesto que le resulta un esfuerzo añadido.

En cuanto a la deglución, dos meses después de haber iniciado la rehabilitación, desde logopedia y el equipo médico se considera oportuna la retirada de la PEG, pero el paciente y la familia no lo quieren. La rehabilitación logopédica incluye un trabajo paralelo al que se acaba de presentar en la tabla 6, con objeto de concienciar al paciente y a la familia de la idoneidad de la propuesta. De forma continua, se habla con el paciente y con su familia y se les explica la función de la gastrostomía: cuando una persona se alimenta por vía oral exclusivamente y ha cumplido un periodo prudente en el que no se observan complicaciones derivadas de alteraciones de la deglución, la PEG ya ha cumplido su objetivo y, por lo tanto, no es necesaria. En estas conversaciones, que se llevan a cabo de forma continua en los últimos minutos de las sesiones de logopedia, se van trabajando los miedos y las creencias, contrastándolas con la información más objetiva, para ayudar al paciente y a su familia a aceptar la propuesta de los profesionales sanitarios. Finalmente, un mes y medio después de la propuesta inicial se procede a la retirada de la PEG, previo acuerdo con el paciente y la familia.

El paciente acaba siendo alta al cabo de seis meses y medio de ingreso en el sociosanitario para ir a una residencia privada. Por un lado, como finalmente lo aceptaron por medio de la LAPAD por la excepcionalidad de la edad, el paciente está en lista de espera para una plaza de residencia pública. Por el otro, como tiene reconocida una gran invalidez, no tendrá derecho a recibir la prestación económica vinculada al servicio (PEV).

Habitualmente, una vez que el paciente es dado de alta del centro sociosanitario no se vuelve a visitar desde este servicio. En caso de que haga falta una reevaluación logopédica, se tiene que hacer la petición por medio del médico de cabecera, que facilitará una visita al logopeda mediante los servicios de rehabilitación.

Glosario

acento prosódico *m* Una de las dos técnicas de contraste acentual para trabajar el acento que ejerce una función distintiva importante para el habla. Los ejercicios empleados en su rehabilitación consisten en la lectura o la repetición de palabras que varían su significado en la base de la sílaba que recibe más relieve dentro de la palabra (Melle Hernández, 2007).

alimentación oral *f* Acto o proceso fisiológico de tomar o dar alimento por la boca para conseguir una adecuada aportación nutricional (Hospital General Universitario Gregorio Marañón, 2019).

alimentación enteral *f* Provisión de nutrientes mediante su infusión a una vía digestiva: nasal o enterostomía (Instituto Catalán de la Salud, s/d).

alimentación parenteral *f* Método de alimentación que se suministra por medio de una vena, mediante una fórmula especial que proporciona la mayoría de los nutrientes que el cuerpo necesita. Este método se utiliza cuando una persona no puede o no tiene que recibir alimentación por la boca. La nutrición parenteral no se tiene que utilizar rutinariamente en pacientes con un tubo digestivo intacto («Nutrición parenteral total», 2018).

contrastes melódicos (grupo fónico) *m pl* Técnicas dentro del método conductual-logopédico para trabajar aspectos de la entonación del habla. Las cuatro modalidades oracionales son: enunciativa, interrogativa, exclamativa y volitiva (exhortativa, desiderativa y dubitativa). Las técnicas empleadas para trabajar los aspectos melódicos pueden variar entre la repetición, la producción espontánea, la lectura de frases u otras que trabajen todas las modalidades oracionales, apoyándose en explicaciones explícitas y en el uso de medios informáticos (Melle Hernández, 2007).

contrastes acentuales *m pl* Técnicas dentro del método conductual-logopédico para trabajar el acento. Están los grupos tónicos y el acento prosódico (Melle Hernández, 2007).

diadococinético *adj* Movimiento alterno ejecutado de forma rápida, coordinada y con ritmo (Melle, 2007).

ejercicios isotónicos *m pl* Aquellos ejercicios con los que los músculos mantienen el tono mediante el acortamiento (acción concéntrica) y el alargamiento (acción excéntrica). Implican movimiento (Vithas, s/d).

ejercicios isométricos *m pl* Ejercicios en los que los músculos permanecen estáticos generando tensión. No hay movimiento. Con la realización de estos aumentará la fuerza de los músculos y su resistencia (Vithas, s/d).

ejercicios isocinéticos *m pl* Ejercicios de oposición al movimiento. Se realizan con una resistencia fija y tendrán que tener una duración mayor a 10 segundos (Vithas, s/d).

eupneico *m* Que respira con normalidad (*Diccionari enciclopèdic de medicina (DEMCAT)*, s/d).

facilitación neuromuscular propioceptiva *f* Métodos destinados a promover o acelerar la respuesta del mecanismo neuromuscular por medio de la estimulación de los propioceptores. Algunos de estos son la resistencia, los contactos manuales, la visión, la estimulación verbal o los estiramientos (Hierrezuelo Cortina, s/d).

gastrostomía *f* Intervención quirúrgica que consiste en establecer una comunicación de la cavidad del estómago con el exterior por medio de la pared abdominal. Entre otras indicaciones de tipo digestivo, se utiliza como sustitución de la sonda nasogástrica para evitar problemas respiratorios o la aparición de lesiones de decúbito faringoesofágico (*Diccionari enciclopèdic de medicina (DEMCAT)*, s/d).

grupo tónico *m* Una de las dos técnicas de contraste acentual para trabajar el acento. El grupo tónico se entiende como el conjunto de palabras formado por una con acento prosódico y las átonas que la preceden. Se trabaja mediante tareas de respuesta a preguntas que ayudan a destacar diferentes grupos tónicos (Melle Hernández, 2007).

ictus *m* Alteración transitoria o definitiva del funcionamiento de una o varias zonas del encéfalo que aparece como consecuencia de un trastorno de la circulación sanguínea cerebral (*Diccionari enciclopèdic de medicina (DEMCAT)*, s/d).

ictus isquémico *m* Ictus cerebral producido por la alteración de la llegada de sangre a un área del cerebro debido a la obstrucción de una arteria o de una hipoperfusión. Los ictus is-

quémicos representan entre el 80 y el 85 % del total de ictus cerebrales (*Diccionari enciclopèdic de medicina (DEMCAT)*, s/d).

MECV-V *m* Método de exploración clínica de la disfagia que utiliza unos volúmenes y unas viscosidades controladas (Clavé, 2006).

métodos conductuales-logopédicos *m pl* Inciden principalmente en los aspectos estructurales-corporales y funcionales. En conjunto, se pueden aplicar con los métodos médicos e instrumentales. El objeto de intervención puede ser la respiración, la fonación, la resonancia, la articulación, la tasa de habla, la prosodia y la inteligibilidad (Melle Hernández, 2007).

métodos pragmáticos *m pl* Incluyen tanto las estrategias de intervención dirigidas a la modificación de la manera en la que tiene lugar la comunicación, como las actuaciones sobre aspectos más globales, como son las barreras sociales que puede encontrar la persona con disartria. Las estrategias que modifican la comunicación pueden ser aprendidas tanto por el hablante con disartria como por el interlocutor. Las actuaciones sobre las barreras sociales son más complejas e implican la participación de más profesionales (Melle Hernández, 2007).

protuberancia *f* Parte intermedia entre el bulbo, los pedúnculos cerebrales y el cerebelo (*Diccionari de la llengua catalana DIEC 2*, 2007).

sonda nasogástrica *f* Tubo de goma o de plástico que se inserta por medio de una narina hasta el estómago para hacer llegar comida, líquido u otras sustancias, o para extraer contenido gástrico (*Diccionari enciclopèdic de medicina (DEMCAT)*, s/d).

técnica de la masticación *f* Método que se utiliza para percibir la resonancia y favorecer un tono muscular adecuado a la fonación, que se basa en masticar el aire de forma exagerada, en el tono escogido, con una /m/ prolongada (método Froeschels) (Araoz y Burruchaga, 2009).

sobrearticulación *f* Técnica que consiste en exagerar los movimientos fonoarticulatorios con amplia excursión y gran apertura de la boca para conseguir más volumen y proyección vocal o un aumento de la precisión articulatoria (Federación de Enseñanza de CC. OO. de Andalucía, 2010).

Bibliografía

- Araoz, F. y Burruchaga, B. (2009). *Voz y biofeedback*. Consultado 7 julio 2019, desde 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., y Cichero, J. A. Y. (2012). *Stepping stones to living well with dysphagia*. Barcelona: Nestlé Nutrition Institute.
- Clavé, P., y García Peris, P. (2011). *Guía de diagnóstico y de tratamiento nutricional y rehabilitador de la disfagia orofaríngea*. Barcelona: Editorial Glosa.
- Darley, F., Aronson, A., y Brown, J. (1978). *Alteraciones motrices del habla*. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Institut d'Estudis Catalans (2007). *Diccionari de la llengua catalana DIEC 2* (2.ª ed.). Barcelona: Institut d'Estudis Catalans. Consultado 23 octubre 2019, desde <http://dlc.iec.cat/>
- Generalitat de Catalunya. Departament de Cultura (s/d). *Diccionari enciclopèdic de medicina (DEMCAT)*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Cultura. Consultado 7 julio 2019, desde http://www.termcat.cat/es/Diccionaris_En_Linia/183/Cerca/
- Enderby, P. (1983). *Frenchay Dysarthria Assessment*. Austin: Pro-Ed, TX.
- Federación de Enseñanza de CC. OO. de Andalucía (2010). Reeducción 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 disfgias orofaríngeas. En F. Susanibar, I. Marchesan, D. Parra, y A. Dioses (Ed.). *Tratado de evaluación de motricidad orofacial* (2.ª ed., pp. 233-246). Madrid: Editorial EOS.
- García-Bostrán, B., Granell-Navarro, J., Gutiérrez-Fonseca, R., y 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., y Clavé, P. (2011). Disfagia en el anciano. *Nutrición Hospitalaria Suplementos*, 4(3), 35-43.
- Groher, M. E. (1997). *Dysphagia: Diagnosis and Management* (3.ª ed.). Canadá: Butterworth-Heinemann.
- Hierrezuelo Cortina, S. (s/d). *Técnicas de facilitación neuromuscular propioceptiva*. Consultado 23 octubre 2019, desde 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. Consultado 23 octubre 2019, desde <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. Consultado 7 julio 2019, desde http://ics.gencat.cat/web/.content/documents/assistencia/procediments-infermeria/sondatge/Annex2_Alimentacio_enteral.pdf
- Kent, R., Weismer, G., Kent, J., y Rosenbeck, J. (1989). Toward explanatory intelligibility testing in dysarthria. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 54, 482-499.
- Matsuo, K., y 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, Foniatría 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*. Consultado 23 octubre 2019, desde <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000177.htm>

O'Neil, K. H., Purdy, M., Falk, J., y Gallo, L. (1999). The Dysphagia Outcome and Severity Scale. *Dysphagia*, 14(3), 139-145. Consultado 23 octubre 2019, desde <https://doi.org/10.1007/pl00009595>

Ortiz, K. Z. (2014). Evaluación de la apraxia del habla y disartria. En F. Susanibar, I. Marchesan, D. Parra, y A. Dioses (Ed.). *Tratado de evaluación de motricidad orofacial* (2.ª ed., pp. 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., y 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., y LaPointe, L. L. (1991). The dysarthria: description, diagnosis, and treatment. En D. F. Johns (Ed.). *Clinical management of neurogenic communication disorders*. Boston: Little Brown.

Smith Hammond, C. A., y 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., y Puiggrós, C. (2007). Abordaje clínico de la disfagia orofaríngea: diagnóstico y tratamiento. *Nutrición Clínica en Medicina*, 1(3), 174-202. Consultado 23 octubre 2019, desde <https://xsemanageriatria.files.wordpress.com/2012/09/revisic3b3n-disfagia.pdf>

Velasco, M., y García-Peris, P. (2009). Causas y diagnóstico de la disfagia. *Nutr Hosp Suplementos*, 2(2), 56-65.

Vithas (s/d). Blog de daño cerebral. Consultado 23 octubre 2019, desde <https://neurorhb.com/blog-dano-cerebral/>

Anexos

Anexo 1

Sr/Sra David..... major d'edat, amb domicili
..... i D.N.I. 79.1.1.....

DECLARO:

Que com a resident o persona ingressada en el Sociosanitari de Vallparadís autoritzo amb plena consciència la filmació o gravació per possible difusió pública (televisió, conferències...) per raons divulgatives o formatives d'imatges de la meva persona o de la meva producció lingüística, exonerant al Centre Vallparadís de qualsevol responsabilitat que es derivi d'aquest fet.



Resident

Familiar o persona de referència
(en cas d'incapacitat)

Terrassa, 30 de novembre de 2018

Anexo 2

PROTOCOLO DE EVALUACIÓN DE DISARTRIAS

Karin Z. Ortiz

Nombre: DAVID
 Sexo: _____
 Fecha de Nacimiento: 3/04/1963 Edad Actual: 55
 Dominancia Manual: Derecha
 Escolaridad: Elemental Superior
 Diagnóstico Neurológico: Memoria de intracelular, hemiparesis central (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 = — el resto de 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, temer, inabilidad 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, temblor 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. Inteligibilidad 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 / 1967 Sexo: () M () F Escolaridad: Enfermería

1.1. Diagnóstico Neurológico:

Tipo y localización de la lesión: Hemorragia subaracnoideal hemisférica izquierda (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-

miotterapia: _____

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: 127/76

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

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

Traqueotomía: No () Sí *tráquea*

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 () Ausente

5.10. OXIMETRÍA: 95

5.11. 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: 95

6.4. AUSCULTA CERVICAL: Positivo () Negativo

7. EVALUACIÓN ESTRUCTURAL

7.1. DENTICIÓN

7.1.1 DENTICIÓN: completa () incompleta

7.1.2 Prótesis: () total () parcial () inferior () superior ndn

7.1.3 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*

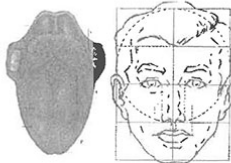


7.2 SENSIBILIDAD

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

a) Facial: normal () alterada

b) Lengua: normal () alterada



7.3 REFLEJOS ORALES

7.3.1 Reflejo del vómito: () presente ausente () exacerbado

7.3.2 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: *Alimentación blanda, húmeda (no líquida),
homogénea (que no se desmenuza).*

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 controlada, controlada*

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

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

NOMBRE: DANIEL
 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 considerado apto para ni néctar, ni líquido.

RECOMENDACIÓN DIETÉTICA: Aliment amb viscositat mitjana-alta

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"/>