



SOMOS ASPACE

Protocolo de valoración de la deglución y alimentación en personas con parálisis cerebral y discapacidades afines

2. ENTREVISTA DE VALORACIÓN DE LA DEGLUCIÓN

| | |
|---|--|
| SATURACIÓN DE OXIGENO BASAL | |
| AL INICIO | |
| AL FINAL | |
| 15 MINUTOS MÁS TARDE | |
| SI HA HABIDO VARIACIÓN: INDICAR VOLUMEN Y TEXTURA | |

2.1. DATOS PERSONALES**DATOS PERSONALES**

FECHA ENTREVISTA/EXPLORACIÓN

HORA INICIO

HORA FINALIZACIÓN

TOTAL

EVALUADOR

DATOS DE LA PERSONA USUARIA

APELLIDOS, NOMBRE

FECHA DE NACIMIENTO

EDAD

DNI

SEXO

CENTRO

AÑOS EN LA ENTIDAD

SERVICIO

AÑOS EN EL SERVICIO

COMPOSICIÓN FAMILIAR

Familiograma/Genograma:

MADRE

EDAD

PROFESIÓN

PADRE

EDAD

PROFESIÓN

HERMANAS/OS (N.º)

EADADES

¿QUIÉN SUELE OCUPARSE MÁS DE LA PERSONA? ¿CÓMO VIVE EL PADRE/MADRE/TUTOR O CUIDADOR, SI ES EL CASO, ESE MOMENTO? ¿APOYOS QUE TIENE?

2.2. HISTORIA CLÍNICA/ANTECEDENTES

Se propone recoger esta información si se dispone de ella y si se considera relevante para la valoración de las personas en cada caso específico.

| HISTORIA CLÍNICA/ANTECEDENTES | | |
|---|---|--|
| DIAGNÓSTICO | | |
| PATOLOGÍAS ASOCIADAS/ ENFERMEDADES | | |
| OPERACIONES | | |
| TIPO | FECHA | |
| DATOS AUDITIVOS | | |
| PROBLEMAS AUDITIVOS | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Tipo: |
| DATOS VISUALES | | |
| PROBLEMAS VISUALES | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Tipo: |
| INTOLERANCIAS | | |
| ALERGÍAS | | |
| NEUMONÍAS | Frecuentes | No Frecuentes |
| COMPLICACIONES RESPIRACIONES | Frecuentes | No Frecuentes |
| ANTECEDENTES EN LA FAMILIA | | |
| AUSENCIAS | | |
| CONTROLADAS | <input type="checkbox"/> | Tipo: Cómo y cuándo se manifiestan y duración |
| NO CONTROLADAS | <input type="checkbox"/> | |
| OTROS SIGNOS (FATIGA, CANSANCIO) | | |
| INGRESOS EN EL HOSPITAL | Frecuentes | No Frecuentes |

USO DE Sonda NASOGÁSTRICA U OTRO TIPO

CUÁNDO

DURANTE
CUÁNTO TIEMPO

VIDEOFLUOROSCOPIA U OTRAS PRUEBAS DE ALIMENTACIÓN

FECHA

NO REALIZADA NI SOLICITADA

RESULTADOS

SOLICITADA PERO NO REALIZADA

MOTIVO

PESO

BAJO

NORMAL

ALTO

VÓMITO

VÓMITO

CONDUCTUAL

FLEMAS

ATASCO

COMPORTAMIENTO

COMPLEMENTO
ALIMENTICIO

MEDICACIÓN

FINALIDAD

FRECUENCIA

DOSIS/HORA

MODO DE LA TOMA

SEGUIMIENTO MÉDICO CON NUTRICIONISTA, DIGESTIVO
Y OTRO ESPECIALISTA:Sí

Con quién

No

AUTONOMÍA

Dependiente

Independiente

COMUNICACIÓN

Oral

S.A.A.C.

Observaciones

PROBLEMAS EN LA
ALIMENTACIÓN

MICCIÓN

DEFECACIÓN

CON AUTONOMÍA

CON AUTONOMÍA

SIN AUTONOMÍA

SIN AUTONOMÍA

NECESIDADES Y ACCESORIOS:

NECESIDADES Y ACCESORIOS:

CRISIS EPILÉPTICAS

¿CUÁNDO SE PRODUCEN?

¿CÓMO SON?

DURACIÓN

FRECUENCIA

CONDUCTAS DISRUPTIVAS

QUÉ TIPO

ANTE QUÉ SITUACIONES

CÓMO SE SOLVENTA

TRASTORNOS DIGESTIVOS

SÍ NO

REFLUJO

OTROS

HÁBITOS DE SUEÑO

OBSERVACIONES

RUTINAS DE SUEÑO EN LA SIESTA

RUTINAS DE SUEÑO POR LA NOCHE

Tiempo

¿Cuántas veces?

¿Qué tal duerme?

¿Cómo duerme?

Tiempo

¿Cuántas veces?

¿Qué tal duerme?

¿Cómo duerme?

MIEDOS

QUÉ TIPO

(cómo se detona y manifiesta)

A QUÉ

CÓMO SE SOLVENTA

HITOS DEL DESARROLLO

| A NIVEL MOTOR | SÍ/NO | EDAD |
|-------------------------------|-------------------|------|
| CONTROL CEFÁLICO | | |
| CONTROL DE TRONCO | | |
| PRENSIÓN VOLUNTARIA | | |
| SEDESTACIÓN | | |
| VOLTEO | | |
| ARRASTRE Y GATEO | | |
| CAMBIOS POSTURALES | | |
| MARCHA (PRIMEROS PASOS) | | |
| MONTA EN BICICLETA | | |
| AGARRA JUGUETES Y LOS SUELTA | | |
| MANIPULA | | |
| FIJACIÓN Y SEGUIMIENTO VISUAL | | |
| LOCALIZA SONIDOS | | |
| REALIZA JUEGO | Qué tipo de juego | |
| EMITE SONIDOS Y VOCABULARIO | SÍ/NO | |
| SONRISA SOCIAL | | |
| BISÍLABAS | | |
| PRIMERAS PALABRAS | | |
| PRIMERAS FRASES | | |
| MASTICACIÓN | | |
| OTROS HITOS EVOLUTIVOS | | |

2.3. DATOS RELACIONADOS CON LA ALIMENTACIÓN

EVALUACIÓN DE LA DEGLUCIÓN Y EVALUACIÓN DE LA MUSCULATURA SIN ALIMENTOS

| ALIMENTACIÓN ACTUAL Y TEXTURA: (triturado, entero, trozos...) | TIPO DE ALIMENTOS: (verdura, carne, fruta...) | CONSISTENCIA (UTILIZAR CATEGORÍA IDDSI*): (grumos, sin grumos, espeso, ligero...) | VOLUMEN: (cantidad) | FORMA: (cuchara de plástico, pequeña, grande, metal...) | OTROS: (uso de biberón, vaso, vaso con pitorro, rechazo de comidas...) |
|--|--|--|---|--|---|
| | | | | | |
| PRESENCIA BABEO | TIEMPO EN CADA COMIDA | INTENTOS PARA DEGLUTIR: (uno varios) | TOS: (antes, durante o después) | REGURGITACIÓN NASAL Y/O POR BOCA DE SALIVA O ALIMENTOS | MANEJO ADECUADO DE SECRECIONES |
| | | | | | |
| TIPO DE VÍA: (Enteral, Oral, Enteral y Oral, Sonda ...) | NÚMERO DE COMIDAS AL DÍA | | DONDE Y COMO COME: (Su silla, Módulo (tomato), En brazos, Silla normal...) | | |
| | | | | | |

OBSERVACIONES:

DATOS ALIMENTACIÓN

¿QUIÉN DA DE COMER?

Dificultades o inquietudes que se plantean durante la alimentación

PROBLEMAS CON LA ALIMENTACIÓN

¿cuándo comenzaron?

PRIMERAS ETAPAS EN LA ALIMENTACIÓN

DURANTE LA TRANSICIÓN A LA ALIMENTACIÓN SÓLIDA

¿AMAMANTADO?

Cuanto tiempo

¿USO DE PURÉS?

¿HUBO RECHAZO A COMIDA SÓLIDA O CON GRUMOS?

¿BIBERÓN?

Dificultades planteadas

OTROS DATOS

OBSERVACIONES

¿LE GUSTA COMER O RECHAZA LA COMIDA? ¿QUÉ ALIMENTOS RECHAZA? ¿QUÉ ALIMENTOS PREFIERE?

(Rechazo por textura, sabor...)

¿LE GUSTA COMER O RECHAZA LOS LÍQUIDOS? ¿QUÉ LÍQUIDOS RECHAZA? ¿QUÉ LÍQUIDOS PREFIERE?

(Rechazo por textura, sabor...)

¿DERRAMA COMIDA? ¿Y LOS LÍQUIDOS?

¿PICA ENTRE HORAS?

¿SE FATIGA? (Cuándo)

TIEMPO DE ESPERA DESPUÉS DE LAS COMIDAS ANTES DE TUMBAR O DORMIR

DIFICULTADES OBSERVADAS DURANTE LA ALIMENTACIÓN:

(Tos, estornudos, hipo, atragantamientos, regurgitaciones, vómitos, reflujo, fatiga...)

¿CUÁNDO SE PRODUCEN?

ANTES DE COMER

DURANTE LA COMIDA

DESPUÉS DE COMER

¿CUÁNTO DURAN?

FRECUENCIA DE LAS DIFICULTADES A LO LARGO DEL DÍA/SEMANA (Nº)

| DATOS ALIMENTACIÓN | | | |
|--|----------|----------|------|
| DESAYUNO | ALMUERZO | MERIENDA | CENA |
| HORARIO (Hora y duración) | | | |
| ¿QUÉ COME? (Tipo de alimentos y texturas) | | | |
| TEMPERATURA | | | |
| CANTIDAD | | | |
| LUGAR | | | |
| ¿CÓMO? (Postura, asiento, TV...) | | | |
| HIDRATACIÓN ¿ESPESANTE? Cantidad, cuando bebe, (antes, durante o después de las comidas), ¿qué bebe? | | | |
| ESTADO DE SUEÑO - VIGILIA (Alerta) | | | |
| MEDICACIÓN (Tipo, cómo lo toma, y cuándo) | | | |

2.4. HIGIENE BUCODENTAL

HISTORIA CLÍNICA

ESTADO GENERAL DE LAS
ENCÍASTRATAMIENTO ESPECÍFICO
DE ENCÍALLAGAS/ HONGOS Sí No Frecuencia

INTERVENCIONES

| LIMPIEZA DE BOCA EN CENTRO ESPECIALIZADO: | Sí | No | Frecuencia | Dentista | Anestesia para la limpieza |
|--|--------------------------|--------------------------|------------|----------|-------------------------------|
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |

ORTODONCIA Sí No Día Noche MEDICACIÓN QUE PUEDE
PROVOCAR LA FORMACIÓN
DE SARRO Sí No Especificar

DATOS DE INTERÉS

| | | | | |
|--|------|--------------------------|-------|--------------------------|
| Náuseas | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| Hipersensibilidad | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| Rechazo al ruido del cepillo eléctrico | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| Reflejo de mordida | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| Respiración | Oral | <input type="checkbox"/> | Nasal | <input type="checkbox"/> |

HÁBITOS DE HIGIENE

| | | | |
|--------------------------|---------------------------------|------------------------------------|---|
| CEPILLO INFANTIL | Manual <input type="checkbox"/> | Eléctrico <input type="checkbox"/> | Dedil Silicona <input type="checkbox"/> |
| TIPO DE LAS CERDAS | Duras <input type="checkbox"/> | Normal <input type="checkbox"/> | Blandas <input type="checkbox"/> |
| FRECUENCIA DEL CEPILLADO | | | |
| TIEMPO DE CEPILLADO | | | |
| USO DE PASTA | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | |
| USO DE COLUTORIO | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | |
| LIMPIEZA CON GASAS | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | |
| USO DE LIMPIA LENGUAS | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | |

AUTONOMÍA

| | | | |
|---|--------------------------------------|--|------------------------------------|
| CAPACIDAD PARA ENJUAGARSE | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | |
| POSIBILIDAD DE REALIZAR UN CORRECTO CEPILLADO | Dependiente <input type="checkbox"/> | Independiente <input type="checkbox"/> | Con ayuda <input type="checkbox"/> |
| NIVEL DE APOYO EN LA LIMPIEZA BUCAL | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | |

PREFERENCIAS EN EL LAVADO

| |
|---|
| PREFERENCIAS DE SABOR DE COLUTORIO |
| PREFERENCIAS DE TEMPERATURA DE AGUA |
| PREFERENCIAS DE PERSONA FAMILIAR |
| PREFERENCIA DEL LADO DE LA PERSONA QUE VA A LAVAR LOS DIENTES |
| OTRAS PREFERENCIAS |

2.5. ENTORNO

| ENTORNO | |
|-------------------|--|
| AFECTACIÓN SOCIAL | ¿Tiene dificultad para conseguir los alimentos necesarios específicos en algunos entornos? |
| | ¿En qué grado le afecta socialmente la necesidad de toser/escupir o alimentarse por vía enteral? |
| | ¿Qué alimentos que le gustan ha dejado de comer? |
| | ¿Con qué frecuencia se reúne para comer con familiares o amigos? |

FACTORES EXTERNOS

2.6. AUTONOMÍA Y PRODUCTOS DE APOYO

| AUTONOMÍA Y PRODUCTOS DE APOYO | |
|--------------------------------|--|
| COME SOLO | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| NECESITA AYUDA | Guiar la mano <input type="checkbox"/> Cortar alimentos <input type="checkbox"/> Rebañar el plato <input type="checkbox"/> Para coger la cuchara/tenedor <input type="checkbox"/> Pelar alimentos <input type="checkbox"/> |
| BEBE SOLO | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, pero necesita que se le guíe con la mano para coger el vaso <input type="checkbox"/> |
| BEBE EN VASO | Pajita <input type="checkbox"/> Jeringuilla <input type="checkbox"/> Biberón <input type="checkbox"/> Cucharilla <input type="checkbox"/> |
| NECESITA AYUDA | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |

PRODUCTOS DE APOYO

Vaso plástico Vaso con escotadura Vaso de pico Taza Taza doble asa

Vaso antivuelco Vaso con pajita incorporada Vaso con pistero antivuelco Diámetro de vaso _____

Cubierto engrosado Cuchitenedor Cuchillo balancín Cubiertos plásticos Cubierto silicona

Cuchara electrónica antivuelco Corta pizzas (como cuchillo)

Mantel antideslizante Plato con reborde Plato con inclinación Plato/cuenco con ventosa

Head Pod Barra recolocación Pesa en muñeca

Cuña para sentarse Alza para el plato Ventosas con asa de agarre

OTROS

OBSERVACIÓN E INFORMACIÓN DEL ENTORNO

3.1. EXPLORACIÓN MIOFUNCIONAL OROFACIAL

| POSTURA CORPORAL | | | | | |
|------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|------------------|--------------------------|
| CABEZA | | POSTURA GENERAL | | TENSIÓN MUSCULAR | |
| Hacia delante | <input type="checkbox"/> | Verticalidad conservada | <input type="checkbox"/> | Cabeza | <input type="checkbox"/> |
| Extensión | <input type="checkbox"/> | Verticalidad alterada | <input type="checkbox"/> | Cuello | <input type="checkbox"/> |
| Flexión | <input type="checkbox"/> | - Pies | | Masetero | <input type="checkbox"/> |
| Neutra | <input type="checkbox"/> | - Rodillas | | M. compensatorio | <input type="checkbox"/> |
| Lateralizada | <input type="checkbox"/> | - Pelvis | | | |
| | | - Cintura Escapular | | | |
| | | - Hombros | | | |

OBSERVACIONES

NIVEL ANATÓMICO Y FUNCIONAL DE LOS ÓRGANOS FONOARTICULADORES

CARA. ASPECTO FACIAL

PERFIL FACIAL

Normal. Clase I

Convexo. Clase II

Cóncava. Clase III



FORMA

Normal

Alargada

Achatada

OTROS DATOS

| LABIOS | | | | | | | |
|-----------------------|--------------------------|------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
| TAMAÑO | | SELLADO | | FRENILLO LABIAL | | ASPECTO | |
| LABIO SUPERIOR | | Correcto | <input type="checkbox"/> | FRENILLO SUPERIOR | | Normal | <input type="checkbox"/> |
| Normal | <input type="checkbox"/> | Insuficiente | <input type="checkbox"/> | Normal | <input type="checkbox"/> | Induce a succión | <input type="checkbox"/> |
| Corto | <input type="checkbox"/> | Falta | <input type="checkbox"/> | Corto | <input type="checkbox"/> | Induce hábito de mordisquear | <input type="checkbox"/> |
| Ancho | <input type="checkbox"/> | | | Ausente | <input type="checkbox"/> | Otros (especificar) | <input type="checkbox"/> |
| LABIO INFERIOR | | TONO | | FRENILLO INFERIOR | | | |
| Normal | <input type="checkbox"/> | Normal | <input type="checkbox"/> | Normal | <input type="checkbox"/> | | |
| Corto | <input type="checkbox"/> | Hipertónico | <input type="checkbox"/> | Corto | <input type="checkbox"/> | | |
| Ancho | <input type="checkbox"/> | Hipotónico | <input type="checkbox"/> | Ausente | <input type="checkbox"/> | | |
| | | (Mov. explosión) | | | | | |

| LENGUA | | | | | | | |
|-----------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| TAMAÑO | | TONO | | FRENILLO LABIAL | | ASPECTO | |
| Normal | <input type="checkbox"/> | Normal | <input type="checkbox"/> | Normal | <input type="checkbox"/> | Puntiaguda | <input type="checkbox"/> |
| Macroglosia | <input type="checkbox"/> | Hipertónico | <input type="checkbox"/> | Corto | <input type="checkbox"/> | Redondeada | <input type="checkbox"/> |
| Microglosia | <input type="checkbox"/> | Hipotónico | <input type="checkbox"/> | Ausente | <input type="checkbox"/> | Coloración blanquecina | <input type="checkbox"/> |
| Ancha | <input type="checkbox"/> | (protrusión-oponer resist.) | | | | Otros (especificar) | <input type="checkbox"/> |
| Estrecha | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| POSICIÓN EN REPOSO | | | | OROGRAFÍA | | | |
| Avanzada | | <input type="checkbox"/> | | Normal | | <input type="checkbox"/> | |
| Interdental | | <input type="checkbox"/> | | Fisurada | | <input type="checkbox"/> | |
| Contra incisivos superiores | | <input type="checkbox"/> | | Geográfica | | <input type="checkbox"/> | |
| Contra incisivos inferiores | | <input type="checkbox"/> | | Otros (especificar) | | <input type="checkbox"/> | |
| Otra (especificar) | | <input type="checkbox"/> | | | | | |

PALADAR DURO

| TAMAÑO | | ASPECTO | | REBORDES ALVEOLARES | |
|--------|--------------------------|----------|--------------------------|---------------------|--------------------------|
| Normal | <input type="checkbox"/> | Normal | <input type="checkbox"/> | Normales | <input type="checkbox"/> |
| Corto | <input type="checkbox"/> | Ojival | <input type="checkbox"/> | Hipertróficos | <input type="checkbox"/> |
| Largo | <input type="checkbox"/> | Ancho | <input type="checkbox"/> | | |
| | | Estrecho | <input type="checkbox"/> | | |
| | | Fisurado | <input type="checkbox"/> | | |

PALADAR BLANDO/ÚVULA

| TAMAÑO | | ASPECTO | | MOVILIDAD | | REGURGITACIÓN NASAL | |
|--------|--------------------------|----------|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|
| Normal | <input type="checkbox"/> | Normal | <input type="checkbox"/> | Hay movilidad | <input type="checkbox"/> | Presente | <input type="checkbox"/> |
| Corta | <input type="checkbox"/> | Bífida | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/> Competente | | Ausente | <input type="checkbox"/> |
| Larga | <input type="checkbox"/> | Desviada | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/> Incompetente | | | |
| | | Ausente | <input type="checkbox"/> | No hay movilidad | <input type="checkbox"/> | | |
| | | | | (emisión AAAAA) | | | |

MEJILLAS

EXPLORACIÓN CARA INTERNA

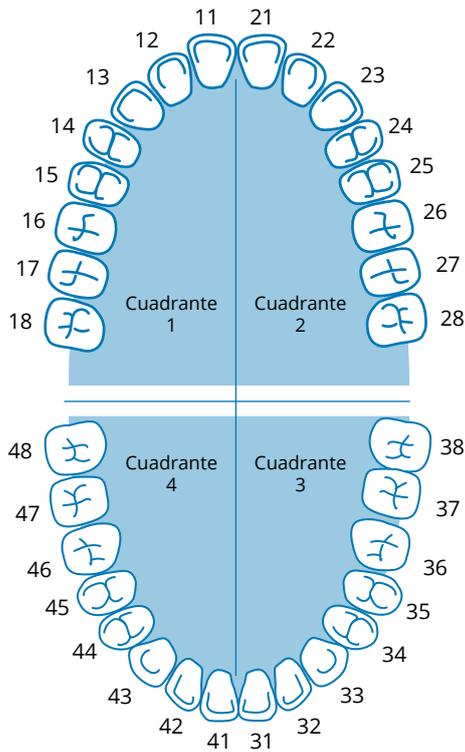
| | |
|---|--------------------------|
| Normal | <input type="checkbox"/> |
| Presencia de marcas producidas por presión dental atípica | <input type="checkbox"/> |
| Presencia de llagas | <input type="checkbox"/> |

AMÍGDALAS

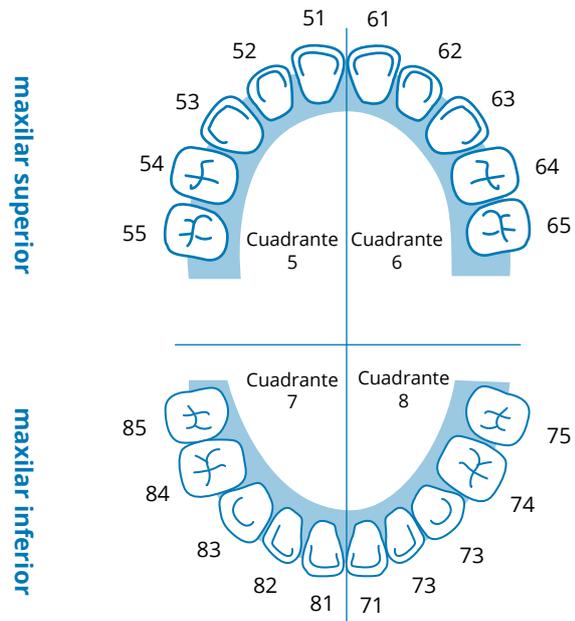
| TAMAÑO | | ASPECTO | |
|---------------------------|--------------------------|------------|--------------------------|
| Normal | <input type="checkbox"/> | Normal | <input type="checkbox"/> |
| Hipertróficas | <input type="checkbox"/> | Inflamadas | <input type="checkbox"/> |
| No hay amígdalas visibles | <input type="checkbox"/> | | |

| DENTICIÓN | | | | | |
|-------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|
| ESTADO | | TIPO DE DENTICIÓN | | DESPLAZAMIENTO LÍNEA MEDIA | |
| Normal | <input type="checkbox"/> | Leche | <input type="checkbox"/> | Derecha | <input type="checkbox"/> |
| Fracturados | <input type="checkbox"/> | Mixta | <input type="checkbox"/> | Izquierda | <input type="checkbox"/> |
| Desgastados | <input type="checkbox"/> | Permanente | <input type="checkbox"/> | Centrada | <input type="checkbox"/> |
| | | Postiza | <input type="checkbox"/> | | |
| Caries | <input type="checkbox"/> | Empastes | <input type="checkbox"/> | Ausencia de piezas | <input type="checkbox"/> |

DENTICIÓN PERMANENTE



DENTICIÓN TEMPORAL



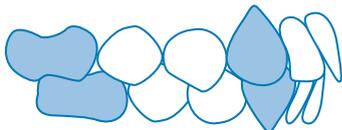
Nomenclatura según el Código Internacional (FDI) de dientes permanentes y temporales.

| OTROS DATOS | | SALIVACIÓN | |
|-------------------------------|--------------------------|----------------|--------------------------|
| Presencia de placa bacteriana | <input type="checkbox"/> | Correcta | <input type="checkbox"/> |
| Aspecto encías | | Sialorrea | <input type="checkbox"/> |
| | | Hiposalivación | <input type="checkbox"/> |

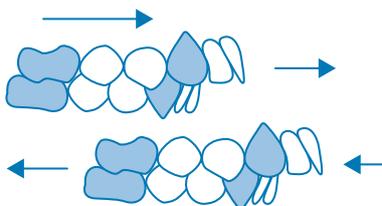
MAXILARES. MALOCCLUSIÓN.

CONFIGURACIÓN MAXILARES

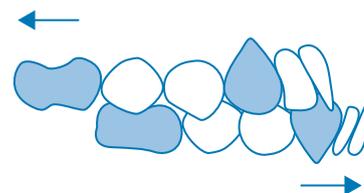
Clase I. Neuroclusión



Clase II. Distocclusión (retromentonismo)



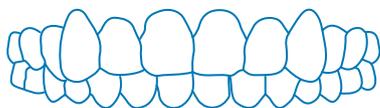
Clase III. Mesioclusión (prognatismo)



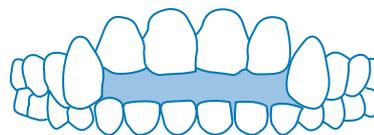
MORDIDA. OCLUSIÓN.

TIPO

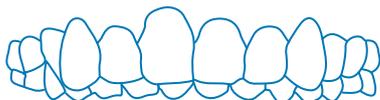
Mordida normal



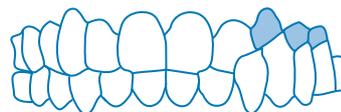
Mordida abierta



Mordida cubierta



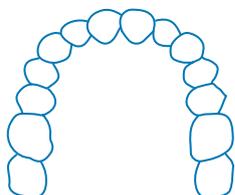
Mordida cruzada



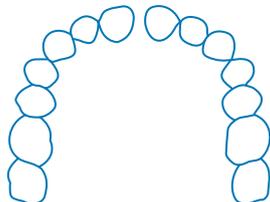
ALINEACIÓN

TIPO

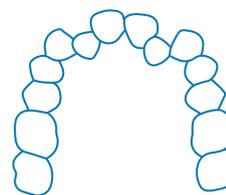
Normal



Presencia de diastemas



Apiñamiento



| ASPECTO FACIAL GENERAL | | | | | |
|--|--|---|---|--------------------------|--|
| NIVEL FUNCIONAL DE LOS ÓRGANOS FONOARTICULADORES. EVALUACIÓN MUSCULATURA IMPLICADA EN LA DEGLUCIÓN | | | | | |
| | MÚSCULO | FUNCIÓN | VALORACIÓN | FUNCIONAL / NO FUNCIONAL | OBSERVACIONES |
| MÚSCULOS DE LA BOCA | ORBICULAR DE LOS LABIOS | Sellado labial. | Contraer y protruir labios | | |
| | BUCCINADORES | Músculo principal que se utiliza principalmente para acomodar los alimentos durante la masticación y para controlar el paso del bolo | Comprimir las mejillas (bilateralmente) e introducir hacia adentro (hacia cavidad oral) | | |
| MÚSCULOS DE LA MASTICACIÓN | PTERIGOIDEO EXTERNO Y MÚSCULOS SUPRAHIOIDEOS | Apertura mandibular: depresión mandibular Músculos suprahioideos: descenso de mandíbula durante masticación y fonación, así como la fijación del hueso hioides para facilitar la acción de los músculos infrahioideos en los procesos de deglución | Abrir la boca todo lo posible y mantenerla abierta frente a una resistencia manual | | |
| | MASETERO, TEMPORAL Y PTERIGOIDEO INTERNO | Cierre de mandíbula y elevación mandibular | Encajar herméticamente las mandíbulas | | |
| | PTERIGOIDEOS EXTERNOS E INTERNOS | Desplazamiento lateral de mandíbula | Desplazar la mandíbula hacia la derecha y a la izquierda | | En las lesiones de estos músculos, cuando la persona abre la boca, se produce desviación de la mandíbula hacia el lado lesionado |
| | | Protrusión de mandíbula | Protruir mandíbula proyectando la arcada dentaria inferior por delante de la superior | | En lesiones unilaterales de mandíbula protruyente se desplaza hacia el lado lesionado |

ASPECTO FACIAL GENERAL

NIVEL FUNCIONAL DE LOS ÓRGANOS FONOARTICULADORES. EVALUACIÓN MUSCULATURA IMPLICADA EN LA DEGLUCIÓN

| MÚSCULO | FUNCIÓN | VALORACIÓN | FUNCIONAL / NO FUNCIONAL | OBSERVACIONES |
|-----------------------|--|---|--|---|
| MÚSCULOS DE LA LENGUA | GENIOGLOSO, FIBRAS POSTERIORES | Protrusión lingual | <p>Observar la lengua en reposo, sobre el suelo de la boca</p> <p>Realizar protrusión lingual, de modo que la punta lingual se extienda hacia afuera</p> | |
| | GENIOGLOSO Y OTROS MÚSCULOS | Desviación lingual | Protruír la lengua y desplazarla hacia un lateral, luego hacia el otro | |
| | GENIOGLOSO, FIBRAS ANTERIORES Y ESTILOGLOSO | Retracción lingual | Retraer la lengua desde la posición de protrusión | |
| | ESTILOGLOSO Y PALATOGLOSO | Elevación posterior lingual, descenso de paladar blando y separar cavidad oral de nasofaringe | Elevar el dorso lingual por su porción posterior | |
| | GENIOGLOSO Y MÚSCULOS INTRÍNSECOS | Acanalamiento lingual | Desplazar la lengua hacia abajo y doblar los bordes laterales hacia arriba, originando un canal | Es un carácter hereditario dominante y su presencia/ ausencia dependen de esta característica |

| ASPECTO FACIAL GENERAL | | | | | |
|--|--|--|--|--------------------------|---------------|
| NIVEL FUNCIONAL DE LOS ÓRGANOS FONOARTICULADORES. EVALUACIÓN MUSCULATURA IMPLICADA EN LA DEGLUCIÓN | | | | | |
| | MÚSCULO | FUNCIÓN | VALORACIÓN | FUNCIONAL / NO FUNCIONAL | OBSERVACIONES |
| MÚSCULOS DEL VELO DEL PALADAR | PERISTAFILINO INTERNO, PERISTAFILINO EXT. PALATOGLOSOS Y/O ÁCIGOS DE LA ÚVULA | Elevación a aducción del paladar blando. Tensión del velo del paladar (Su contracción hace descender el paladar blando y eleva la faringe y la laringe durante la deglución) | Emitir un grito en tono alto (jah-h!) para provocar el ascenso del paladar blando y realizar una aducción (los arcos se aproximan entre sí, estrechando las fauces) | | |
| | PALATOFARÍNGEO | | | | |
| MÚSCULOS DE LA FARINGE | FARINGOESTAFILINS: M. CONSTRICTORES DE LA FARINGE (SUPERIOR, MEDIO E INFERIOR) | Disminución de los diámetros anteroposterior y transversal de la faringe El inferior puede actuar, además, elevando la laringe | Observar la contracción de la faringe durante la fonación y la elevación de la laringe en la deglución. Asimismo, puede provocarse el reflejo faríngeo y comprobar características de contracción muscular | | |
| | M. ELEVADORES FARINGE M. ESTILOFARÍNGEO M. SALPINGOFARÍNGEO M. PALATOFARÍNGEO O FARINGOESTAFILINO | Elevación de laringe y faringe Eleva paredes faríngeas durante deglución Actúa sobre el velo y eleva la faringe | | | |
| | REFLEJO FARÍNGEO | Se explora el reflejo faríngeo aplicando un estímulo sobre la pared faríngea posterior o en las estructuras adyacentes. El estímulo debe aplicarse bilateralmente. Si es positivo, se produce una elevación y contracción de los músculos faríngeos junto con una retracción de la lengua | | | |
| | EVALUACIÓN DE LA LARINGE DURANTE LA DEGLUCIÓN | La exploración de los músculos de la laringe incluye la valoración de las características y naturaleza de la voz, detectando toda anomalía existente durante la fonación, los trastornos de la tos y las dificultades respiratorias. La laringe se eleva durante la deglución. El examinador sostiene levemente la laringe entre el pulgar y el índice sobre el cartílago tiroides, para determinar si existe elevación y su extensión | | | |

ASPECTO FACIAL GENERAL

NIVEL FUNCIONAL DE LOS ÓRGANOS FONOAUTICULADORES. EVALUACIÓN MUSCULATURA IMPLICADA EN LA DEGLUCIÓN

| | MÚSCULO | FUNCIÓN | VALORACIÓN | FUNCIONAL / NO FUNCIONAL | OBSERVACIONES |
|------------------------|--|---|--|--------------------------|---------------|
| MÚSCULOS DE LA LARINGE | CRICOARITENOIDEO POSTERIOR Y CRICOARITENOIDEO LATERAL | Abducción y aducción de las cuerdas vocales Dilatación de la glotis | Investigar si existe disfonía, averiguar la amplitud y elevación del tono y si existen trastornos de la articulación o fonación Se pide a la persona que responda a preguntas diferentes para determinar las características del flujo aéreo, el control durante la respiración, la vocalización y la tos | | |
| REFLEJOS PROTECTORES | REFLEJO NAUSEOSO | Es una reacción de protección que se pone funcionamiento cuando un estímulo desagradable o externo toca la base de la lengua o el pilar posterior. El reflejo es un intento de eliminar el estímulo de la boca, produciéndose la contracción espontánea y brusca del paladar blando y de los constrictores faríngeos | | | |
| | REFLEJO TUSÍGENO | La tos es un mecanismo de defensa ante la penetración de material extraño en el vestíbulo laríngeo, glotis y tráquea, responsable de expulsarlo de la vía aérea. Para considerar una tos efectiva la presión espiratoria máxima (pemax) debe superar los 50 cm H ₂ O o un pico flujo espiratorio superior a 160 litros/min | | | |

| EXPLORACIÓN DE LOS REFLEJOS ORALES | | | |
|---|--|----------|--------------------------|
| REFLEJO | CÓMO SE DESENCADENA | PRESENTE | AUSENTE |
| SUCCIÓN | Fricción en el dorso de la lengua | | |
| BÚSQUEDA | Tacto en comisuras | | |
| MORDIDA | Presión en encías | | |
| ARCADA PRESENTE EN LA BASE POSTERIOR DE LA LENGUA: OBSERVAR SI ESTÁ ADELANTADO | Base posterior de la lengua | | |
| DEGLUCIÓN OBSERVAR SI SE PRODUCE RETARDADO | Se desencadena en el istmo post de las fauces/bolo en faringe | | |
| TUSÍGENO | Quando se produce penetración en vía aérea por encima de las cuerdas vocales | Sí | <input type="checkbox"/> |
| | | No | <input type="checkbox"/> |
| | | Eficaz: | |

| FUNCIONES ESTOMATOGNÁTICAS | | | |
|--|--|--|--------------------------------------|
| RESPIRACIÓN | | | |
| ESPONTÁNEA | TIPO DE RESPIRACIÓN | | OTROS DATOS |
| MODO | TIPO | | COORDINACIÓN FONORESPIRATORIA |
| Nasal <input type="checkbox"/> | Clavicular <input type="checkbox"/> | | /s/ ... segundos _____ |
| Oral/bucal <input type="checkbox"/> | Costo-diafragmática <input type="checkbox"/> | | /l/... segundos _____ |
| Mixto <input type="checkbox"/> | Costo-clavicular <input type="checkbox"/> | | PERMEABILIDAD |
| | Abdominal <input type="checkbox"/> | | Simétrica <input type="checkbox"/> |
| | | | Asimétrica <input type="checkbox"/> |
| SOPLO | RETENCIÓN DE AIRE | | RINOLALIA |
| Escape <input type="checkbox"/> | Escape <input type="checkbox"/> | | Abierta <input type="checkbox"/> |
| No escape <input type="checkbox"/> | No escape <input type="checkbox"/> | | Cerrada <input type="checkbox"/> |
| Controla fuerza y dirección <input type="checkbox"/> | | | |

DEGLUCIÓN

DEGLUCIÓN (SÓLIDOS Y SEMISÓLIDOS)

¿QUÉ SE EXPLORA?

- Competencia del esfínter labial (labios juntos o separados)
- Recogida del alimento
- Movimiento lingual para formar el bolo
- Masticación:
 - Presencia de masticación
 - Presencia de corte (morder manzana, por ejemplo)
 - Topografía de la masticación
 - Reflejo de mordida
- Movimiento mandibular
- Sensibilidad orofaríngea
- Capacidad de limpieza intraoral
- Escape del alimento con presencia de tos

OBSERVACIONES

FASE ORAL PREPARATORIA

¿QUÉ SE EXPLORA?

- Capacidad de transportar el bolo (presencia o no de movimientos compensatorios)
- Sello palatogloso
- Fuerza en la propulsión

OBSERVACIONES

FASE ORAL DE TRANSPORTE

| DEGLUCIÓN | |
|---------------|--|
| FASE FARÍNGEA | DEGLUCIÓN (SÓLIDOS Y SEMISÓLIDOS) |
| | ¿QUÉ SE EXPLORA? <ul style="list-style-type: none">• Mímica compensatoria• Disparo deglutorio• Elevación laríngea• Número de degluciones• Presencia de tos• Postura de cabeza y cuello |
| | OBSERVACIONES |
| POSTDEGLUCIÓN | ¿QUÉ SE EXPLORA? <ul style="list-style-type: none">• Calidad vocal• Signos de seguridad durante la alimentación (ojos llorosos, coloración de los labios, secreciones, bajada saturación de oxígeno, etc.).• Presencia de alimentos en la zona intraoral• Presencia de tos• RGE |
| | OBSERVACIONES |

DEGLUCIÓN

DEGLUCIÓN (LÍQUIDOS)

¿QUÉ SE EXPLORA?

- Competencia del esfínter labial (labios juntos o separados)
- Capacidad para sorber
- Sensibilidad orofaríngea
- Escape del líquido
- Control de saliva (retención)

OBSERVACIONES

FASE ORAL
PREPARATORIA

¿QUÉ SE EXPLORA?

- Capacidad de transportar el líquido (presencia o no de movimientos compensatorios)
- Sello palatogloso
- Fuerza en la propulsión
- Control de la saliva (manejo de líquidos)

OBSERVACIONES

FASE ORAL DE
TRANSPORTE

| DEGLUCIÓN | |
|---------------|--|
| FASE FARÍNGEA | DEGLUCIÓN (LÍQUIDOS) |
| | <p>¿QUÉ SE EXPLORA?</p> <ul style="list-style-type: none">• Mímica compensatoria• Disparo deglutorio• Elevación laríngea• Número de degluciones• Presencia de tos• Postura de cabeza y cuello <p>OBSERVACIONES</p> |
| POSTDEGLUCIÓN | <p>¿QUÉ SE EXPLORA?</p> <ul style="list-style-type: none">• Calidad vocal• Signos de seguridad durante la alimentación (ojos llorosos, coloración de los labios, secreciones, bajada saturación de oxígeno, etc).• Presencia de tos <p>OBSERVACIONES</p> |

TEST MECV-V

Nombre

Fecha

Saturación basal

Edad

Líquido con el que se valora

ALTERACIONES O SIGNOS DE SEGURIDAD

| | LÍQUIDO | | | | NÉCTAR | | | | MIEL | | | | PUDDING | | | |
|-------------------------|---------|------|-------|-------|--------|------|-------|-------|--------|------|-------|-------|---------|------|-------|-------|
| | 2,5 ml | 5 ml | 10 ml | 20 ml | 2,5 ml | 5 ml | 10 ml | 20 ml | 2,5 ml | 5 ml | 10 ml | 20 ml | 2,5 ml | 5 ml | 10 ml | 20 ml |
| TOS | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CAMBIOS RESPIRATORIOS | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OJOS VIDRIOSOS | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RUIDOS DEGLUTORIOS | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ADORMECIMIENTO | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ESCAPE NASAL | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SIGNOS DE ESTRÉS | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CAMBIO DE VOZ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DESATURACIÓN DE OXÍGENO | | | | | | | | | | | | | | | | |

ALTERACIONES O SIGNOS DE EFICACIA

| | LÍQUIDO | | | | NÉCTAR | | | | MIEL | | | | PUDDING | | | |
|-----------------------|---------|------|-------|-------|--------|------|-------|-------|--------|------|-------|-------|---------|------|-------|-------|
| | 2,5 ml | 5 ml | 10 ml | 20 ml | 2,5 ml | 5 ml | 10 ml | 20 ml | 2,5 ml | 5 ml | 10 ml | 20 ml | 2,5 ml | 5 ml | 10 ml | 20 ml |
| SELLO LABIAL | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RESIDUO ORAL | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DEGLUCIÓN FRACCIONADA | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RESIDUO FARÍNGEO | | | | | | | | | | | | | | | | |

+ Alterado - No alterado / No

TEST MECV-V

OBSERVACIONES

MANIOBRA DE CONTROL

Si

No

Ambos

EVALUACIÓN FINAL

RECOMENDACIÓN DIETÉTICA

INGESTA DE FLUIDOS RECOMENDADA

VISCOSIDAD

VOLUMEN

| | | | |
|---------|--------------------------|----------|--------------------------|
| Líquido | <input type="checkbox"/> | Muy bajo | <input type="checkbox"/> |
| Néctar | <input type="checkbox"/> | Bajo | <input type="checkbox"/> |
| Miel | <input type="checkbox"/> | Medio | <input type="checkbox"/> |
| Pudin | <input type="checkbox"/> | Alto | <input type="checkbox"/> |

5. COMUNICACIÓN DURANTE LA ALIMENTACIÓN

COMUNICACIÓN DURANTE LA ALIMENTACIÓN

EXPRESIÓN / BREVE DESCRIPCIÓN

COMPRENSIÓN / BREVE DESCRIPCIÓN

6. CONCLUSIONES

| CONCLUSIONES | | |
|-------------------------------------|---|------------------------------------|
| VÍAS DE ALIMENTACIÓN | TEXTURAS EN ALIMENTACIÓN | |
| Oral <input type="checkbox"/> | Sólido <input type="checkbox"/> | Líquido <input type="checkbox"/> |
| Enteral <input type="checkbox"/> | • Normal <input type="checkbox"/> | • Néctar <input type="checkbox"/> |
| Parenteral <input type="checkbox"/> | • Picada / aplastada <input type="checkbox"/> | • Miel <input type="checkbox"/> |
| | • Triturada / túrmix <input type="checkbox"/> | • Pudín <input type="checkbox"/> |
| | • Texturizada <input type="checkbox"/> | • Líquido <input type="checkbox"/> |

NIVEL DISFAGIA SEGÚN ESCALA EDACS

Según el Sistema de Clasificación de Habilidades para Comer y Beber (EDACS) para personas con parálisis cerebral se describen cinco niveles distintos de capacidad, utilizando las características clave de seguridad y eficiencia:

- Nivel I** Come y bebe con seguridad y eficiencia
- Nivel II** Come y bebe con seguridad pero con algunas limitaciones en la eficiencia
- Nivel III** Come y bebe con algunas limitaciones en la seguridad; pueden tener algunas limitaciones en la eficiencia
- Nivel IV** Come y bebe con limitaciones significativas de seguridad
- Nivel V** Es incapaz de comer y beber con seguridad, la alimentación por sonda puede ser considerada para proporcionar la nutrición

OBSERVACIONES

6.1. MATERIAL DE CONSULTA RÁPIDO

NIVEL DISFAGIA SEGÚN EDACS

| NIVEL DISFAGIA SEGÚN EDACS | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|
| SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN | NIVEL I | NIVEL II | NIVEL III | NIVEL IV | NIVEL V |
| SISTEMA DE CLASIFICACIÓN DE LA FUNCIÓN MOTORA GRUESA (GMFCS) | Anda sin limitaciones | Anda con limitaciones | Anda utilizando un dispositivo de movilidad con sujeción manual en la mayoría de los espacios interiores | Usan métodos de movilidad que requieren asistencia física o movilidad motorizada en la mayoría de los entornos | Transportado en silla de ruedas en todos los entornos |
| SISTEMA DE CLASIFICACIÓN DE LAS HABILIDADES MANUALES (MACS) | Manipula objetos fácil y exitosamente | Manipula la mayoría de los objetos pero con un poco de reducción en la calidad y/o velocidad del logro | Manipula los objetos con dificultad: necesita ayuda para preparar y/o modificar actividades | Manipula una limitada selección de objetos fácilmente manipulables en situaciones adaptadas | No manipula objetos y tiene habilidad severamente limitada para ejecutar aún acciones sencillas |
| SISTEMA DE CLASIFICACIÓN DE LAS FUNCIONES DE LA COMUNICACIÓN (CFCS) | Emisor Eficaz y Receptor Eficaz con interlocutores conocidos y desconocidos | Emisor y/o Receptor Eficaz, pero con un ritmo más lento con interlocutores conocidos y/o desconocidos | Emisor Eficaz y Receptor Eficaz con los interlocutores conocidos | Emisor y/o Receptor Inconstante con interlocutores conocidos | Emisor y Receptor Raramente Eficaz aun con interlocutores conocidos |
| SISTEMA DE CLASIFICACIÓN DE LAS HABILIDADES PARA COMER Y BEBER (EDACS) | Come y bebe con seguridad y eficiencia | Come y bebe con seguridad pero con algunas limitaciones en la eficiencia | Come y bebe con algunas limitaciones en la seguridad; puede tener algunas limitaciones en la eficiencia | Come y bebe con limitaciones significativas de seguridad | Es incapaz de comer y beber con seguridad, la alimentación por sonda puede ser considerada para proporcionar nutrición |

ESCALA DE SEVERIDAD DE LA DISFAGIA

Escala de Severidad de la Disfagia (DOSS) (O'Neil KH, Purdy M. Falk J et al., 1999)

| ESCALA DE SEVERIDAD DE LA DISFAGIA | |
|--|---|
| VÍA ORAL SUSPENDIDA – NECESIDAD DE NUTRICIÓN NO ORAL | |
| NIVEL 1 | <p>Disfagia grave: vía oral suspendida. El paciente puede presentar:</p> <ul style="list-style-type: none">• Estancamiento severo en la faringe, siendo incapaz de despejar• Estancamiento o pérdida de bolo en forma oral severa, siendo incapaz de limpiar• Aspiración silenciosa con 2 o más consistencias, con tos voluntaria no funcional o imposibilidad de tragar |
| NIVEL 2 | <p>Disfagia moderada/grave: máxima asistencia de uso de estrategias con vía oral parcial (tolerancia de al menos 1 consistencia con seguridad, con uso total de estrategias). El paciente puede presentar:</p> <ul style="list-style-type: none">• Estancamiento grave en la faringe, incapacidad de despejar o con necesidad de varias ayudas• Estancamiento grave o pérdida del bolo en fase oral, incapacidad de limpiar o con necesidad de varias ayudas• Aspiración con 2 o más consistencias, sin reflejo de tos o tos voluntaria débil |
| DIETA POR VÍA ORAL MODIFICADA Y/O INDEPENDIENTE | |
| NIVEL 3 | <p>Disfagia moderada: total asistencia, supervisión o estrategias, restricción de 2 o más consistencias. Puede presentar:</p> <ul style="list-style-type: none">• Estancamiento moderado en la faringe, despeje con orientación• Estancamiento moderado en la cavidad oral, despeje con orientación• Nivel de penetración en los pliegues vocales sin tos con 2 o más consistencias:<ul style="list-style-type: none">– Aspiración de 2 consistencias, con reflejo de tos débil o ausente– Aspiración de 1 consistencia, sin tos ni penetración |
| NIVEL 4 | <p>Disfagia leve/moderada: supervisión intermitente, restricción a una o 2 consistencias. El paciente puede presentar:</p> <ul style="list-style-type: none">• Estancamiento en la faringe, despeja con orientación• Aspiración con 1 consistencia, con reflejo de tos débil o ausente:<ul style="list-style-type: none">– La penetración a nivel de los pliegues vocales con tos en 2 consistencias. La penetración a nivel de los pliegues vocales sin tos con una consistencia |
| NIVEL 5 | <p>Disfagia leve: supervisión a distancia, puede necesitar de restricciones de una consistencia. El paciente puede presentar:</p> <ul style="list-style-type: none">• Aspiración solamente de líquidos, pero con un fuerte reflejo de tos para un completo despeje• Penetración sobre los pliegues vocales con una o más consistencias, o sobre los pliegues vocales con una consistencia, pero con un despeje espontáneo• Estancamiento en la faringe, y que despeja espontáneamente; leve disfagia oral con reducción de la masticación y/o estancamiento oral, y que despeja espontáneamente |

ESCALA DE SEVERIDAD DE LA DISFAGIA**DIETA NORMAL POR VÍA ORAL**

Dentro de los límites funcionales / compensaciones espontáneas

NIVEL 6

- Dieta normal, deglución funcional
- El paciente puede tener: leve atraso oral o faríngeo, estancamiento o restos cubriendo la epiglotis, pero consigue despejar espontáneamente
- Puede necesitar de tiempo extra para las comidas. No hay aspiraciones ni penetraciones en todas las consistencias

NIVEL 7

Normal en todos los casos. Ninguna estrategia o tiempo extra necesario

7. RECOMENDACIONES PARA UNA ALIMENTACIÓN SEGURA

RECOMENDACIONES PARA UNA ALIMENTACIÓN SEGURA

RECOMENDACIONES EN LA ALIMENTACIÓN

NECESIDAD APOYO



#somosASPACE



Protocolo de valoración de la deglución y alimentación en personas con parálisis cerebral y discapacidades afines

CONFEDERACIÓN ASPACE

C/ General Zabala, 29

28002 Madrid

Tel.: 91 561 40 90

www.aspace.org



@ConfeAspace



/Confederacion.Aspace



@confeaspace

Colaboran:

