



SOMOS ASPACE

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

CRÉDITOS

Desde **Confederación ASPACE** hemos elaborado este documento, dirigido esencialmente a profesionales de las entidades del Movimiento ASPACE.

En la elaboración de este **Protocolo de detección y valoración de disfagia** hemos contado con el trabajo de las siguientes personas del **Grupo de Trabajo**:

Berta Moreno Parado. Logopeda. En representación de ASPACE Navarra.

Inmaculada Vidal Romero. Responsable de los Servicios de Orientación, Apoyo Psicológico y Logopedia. En representación de ASPACE HUESCA.

Carme Forgas Massó. Logopeda. En representación de FUNDACIÓ L'ESPIGA (FEPCCAT).

María Cristina Sánchez - Heredero López. Logopeda. En representación de ASPACE TOLEDO.

María Pamela Cundíns Lema. Logopeda. En representación de ASPACE CORUÑA y Federación ASPACE GALICIA.

Además, en materia legal la autora es:

Ángeles Blanco. Delegada de Derechos Humanos y Coordinadora de incidencia. Confederación ASPACE.

COORDINACIÓN

Zeltia Ruiz Neira. Responsable de Proyectos. Confederación ASPACE.

Edita: Confederación ASPACE

www.aspace.org

Año: 2021

Depósito legal: M-3015-2022

Maquetación: www.pontella.es

Impresión: EPES Artes Gráficas

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	4
1. ASPECTOS LEGALES	7
1.1. ¿QUÉ SON LOS DERECHOS FUNDAMENTALES?	7
1.2. TIPOS DE DERECHOS FUNDAMENTALES	7
1.3. ¿QUÉ Y CUÁLES SON DERECHOS DE LA PERSONALIDAD?	8
1.4. ¿POR QUÉ SON TAN IMPORTANTES LOS DERECHOS DE LA PERSONALIDAD?	8
1.5. IMPLICACIONES COTIDIANAS DE LOS DERECHOS FUNDAMENTALES EN LAS ENTIDADES ASpace	8
1.6. LOS DERECHOS DE LA PERSONALIDAD COMO NORMAS CUALIFICADAS EN LOS SERVICIOS PÚBLICOS: CONCIERTO Y CONTRATACIÓN PÚBLICA	11
1.7. ¿QUÉ ES EL DERECHO A LA VIDA?	12
1.8. IMPLICACIONES DEL DERECHO A LA VIDA Y LA ALIMENTACIÓN DE LAS PERSONAS CON PARÁLISIS CEREBRAL	12
1.9. ¿QUÉ OCURRE CON LAS PERSONAS SUJETAS A MEDIDAS DE APOYO PARA EL EJERCICIO DE DERECHOS?	16
1.10. ¿Y CON MENORES DE EDAD?	17
2. ENTREVISTA DE VALORACIÓN DE LA DEGLUCIÓN	19
2.1. DATOS PERSONALES	20
2.2. HISTORIA CLÍNICA/ANTECEDENTES	21
2.3. DATOS RELACIONADOS CON LA ALIMENTACIÓN	25
2.4. HIGIENE BUCODENTAL	28
2.5. ENTORNO	30
2.6. AUTONOMÍA Y PRODUCTOS DE APOYO	30
3. FICHA MIOFUNCIONAL	33
3.1. EXPLORACIÓN MIOFUNCIONAL OROFACIAL	34
4. TEST MÉTODO DE EXPLORACIÓN CLÍNICA VOLUMEN-VISCOSIDAD (MECV-V)	49
5. COMUNICACIÓN DURANTE LA ALIMENTACIÓN	53
6. CONCLUSIONES	55
6.1. MATERIAL DE CONSULTA RÁPIDO	56
7. RECOMENDACIONES PARA UNA ALIMENTACIÓN SEGURA	60
BIBLIOGRAFIA	61

INTRODUCCIÓN

Las personas con parálisis cerebral y otras discapacidades afines necesitan y desean, como cualquier otra persona, acceder a una dieta sana, equilibrada y variada, que tenga en cuenta sus gustos y preferencias. También disfrutar de momentos de encuentro y ocio en los diferentes espacios de la comunidad.

Muchas de estas personas presentan, por sus particulares características, un mayor riesgo de atragantamiento o aspiración, por lo que requieren modificar sus alimentos para consumirlos con seguridad. Pero también desean comer con autonomía, contando para ello con herramientas y adaptaciones que se lo faciliten: cubiertos, platos, vasos, etc. Además, como a cualquier otra persona, les gusta comer compartiendo este momento con su familia, o con sus amistades. Les gusta formar parte de este momento, siendo tenidas en cuenta. Porque comer es más que alimentarse: también es relacionarse, disfrutar de los alimentos, probar cosas nuevas, compartir conversaciones, transferir afecto y enriquecer los vínculos familiares y de amistad.

Debido a trastornos neurológicos que afectan a la motricidad, física y anatómica, muchas personas con parálisis cerebral presentan dificultades específicas de alimentación asociadas a una deglución ineficaz o deficiente, derivado de esta situación, en el caso de personas con parálisis cerebral pueden aparecer complicaciones como problemas nutricionales en relación con el aporte calórico-proteico y con una hidratación suficiente; lo que puede llevar a una falta de peso, deshidratación y problemas gastroesofágicos entre otros. También se pueden dar alteraciones psicológicas debido a que el momento de la ingesta de comida suponga grandes molestias y dificultades, lo que incide en la aparición de conductas como la negación a comer, depresiones, nerviosismo o trastornos de la alimentación.

Otro de los problemas que están derivados de una mala deglución es la **disfagia**, que será la protagonista de este documento. Detectar la disfagia a tiempo es fundamental para evitar situaciones que merman la calidad de vida, la salud física y la salud psicológica de las personas con parálisis cerebral.

La disfagia es la dificultad o incapacidad para tragar o deglutir alimentos sólidos, líquidos o semisólidos. Además de provocar molestias a la hora de alimentarse, el proceso de deglución pasa implicar un peligro de atragantamiento y de aspiración.

En Confederación ASpace existe un profundo conocimiento de la realidad y necesidades de las personas con parálisis cerebral y otras discapacidades con grandes necesidades de apoyo en el ámbito de la alimentación y la salud, por ello se ha apostado por una transición alimentaria que tiene como líneas principales:

- **Aunar investigación e innovación.**
- **Aportar soluciones para mejorar la alimentación y deglución** de las personas con parálisis cerebral mejorando su calidad de vida.

En el marco de las actividades realizadas por Confederación ASpace y en coordinación con las Entidades del Movimiento Asociativo ASpace, se elabora el presente **Protocolo de valoración de la Disfagia** para personas con parálisis cerebral y discapacidades afines en el ámbito de la alimentación y deglución.

El objetivo del Protocolo de Valoración de la Disfagia es la **mejora en la calidad de la valoración de la persona además de la facilitación del trabajo a profesionales, reflejando de manera transversal respuestas legales de situaciones que se encuentran los profesionales en su praxis diaria. Cuanto más específica y completa sea la valoración mejor y más adecuada será la intervención o las pautas que seguir a partir del resultado.**

El documento se divide en dos partes. La primera describe aspectos legales relacionados con la alimentación; para que así profesionales ASpace sepan cómo tomar decisiones bajo el amparo de la legislación actual. La segunda parte contiene diversas tablas para la valoración de la disfagia y se incluyen una entrevista personal, evaluación de hitos del desarrollo, una ficha de valoración miofuncional y un test MEC-V adaptado a parálisis cerebral. Los resultados en conjunto, y confrontados con los aspectos de Derecho, nos orientarán sobre las actuaciones más adecuadas sobre la disfagia.



Este Protocolo de Valoración de la Disfagia será extensivo al uso de todas las entidades ASpace, igualmente es extrapolable a ámbitos sanitarios externos para el desarrollo y extensión de utilización de nuevas soluciones para la alimentación de las personas con parálisis cerebral con problemas de deglución.

Este Protocolo se ha elaborado con la participación de personas expertas en el ámbito de la deglución y alimentación del movimiento ASpace y fue contrastado con personas con parálisis cerebral y otras discapacidades afines. También se han involucrado sus familias.

Nuestro agradecimiento a todas ellas por su implicación.

PRESENTACIÓN PROTOCOLO DISFAGIA



01

ASPECTOS LEGALES

1. ASPECTOS LEGALES

- 1.1. ¿QUÉ SON LOS DERECHOS FUNDAMENTALES?
- 1.2. TIPOS DE DERECHOS FUNDAMENTALES
- 1.3. ¿QUÉ Y CÚALES SON LOS DERECHOS DE LA PERSONALIDAD?
- 1.4. ¿POR QUÉ SON TAN IMPORTANTES LOS DERECHOS DE LA PERSONALIDAD?
- 1.5. IMPLICACIONES COTIDIANAS DE LOS DERECHOS FUNDAMENTALES EN LAS ENTIDADES ASPACE
- 1.6. LOS DERECHOS DE LA PERSONALIDAD COMO NORMAS CUALIFICADAS EN LOS SERVICIOS PÚBLICOS: CONCIERTO Y CONTRATACIÓN PÚBLICA
- 1.7. ¿QUÉ ES EL DERECHO A LA VIDA?
- 1.8. IMPLICACIONES DEL DERECHO A LA VIDA Y LA ALIMENTACIÓN DE LAS PERSONAS CON PARÁLISIS CEREBRAL
- 1.9. ¿QUÉ OCURRE CON LAS PERSONAS SUJETAS A MEDIDAS DE APOYO PARA EL EJERCICIO DE DERECHOS?
- 1.10. ¿Y CON MENORES DE EDAD?

1. ASPECTOS LEGALES

LOS DERECHOS FUNDAMENTALES PERTENECEN UNIVERSALMENTE A TODA LA CIUDADANÍA SIN DISTINCIÓN, DESDE EL MOMENTO DEL NACIMIENTO Y POR EL HECHO DE SER PERSONA.

1.1. ¿QUÉ SON LOS DERECHOS FUNDAMENTALES?

Los derechos fundamentales pertenecen **universalmente** a toda la ciudadanía **sin distinción**, desde el momento del nacimiento y por el hecho de ser persona. Su principal característica es que son esenciales para salvaguardar la **dignidad personal**. Y, por eso, **obligan al Estado** a su cumplimiento en todas sus esferas de actuación:

- **A la hora de gobernar.** Poder ejecutivo.
- **En el momento de elaborar leyes.** Poder legislativo.
- **Cuando los jueces y las juezas realizan sus funciones aplicando el derecho.** Poder judicial.

Desde el punto de vista jerárquico, se encuentran recogidos **al más alto nivel normativo**, en el primer escalafón de la pirámide. Por eso, los encontramos en los convenios y **tratados internacionales** suscritos por España y en la Constitución Española. Así, en el Derecho internacional aplicable se recogen en la Carta Universal de los Derechos Humanos, la Declaración Europea de Derechos Humanos y la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (en adelante, Convención). Por su parte, la **Constitución Española** alberga los derechos fundamentales en su título I.

“Junto con la separación de poderes, los derechos fundamentales constituyen la base del Estado de Derecho. Sin derechos fundamentales no hay Constitución”

Junto con la separación de poderes, los derechos fundamentales constituyen la base del Estado de Derecho. **“Sin derechos fundamentales no hay Constitución”**, rezaba la declaración francesa de 1789.

1.2. TIPOS DE DERECHOS FUNDAMENTALES

DERECHOS CIVILES

Los derechos civiles fueron, por su importancia, los primeros derechos fundamentales consagrados por las revoluciones burguesas y las declaraciones liberales del siglo XVIII. Constituyen el **conjunto de derechos o libertades básicas de las personas**. Así pues, abarcan los derechos a la vida, la integridad personal, la igualdad ante la ley, la intimidad, la privacidad, la libertad o la seguridad personal.

Dentro de los derechos civiles se encuentran los **derechos de la personalidad** o derechos personalísimos que, por su naturaleza, son singularmente relevantes para las mujeres y los hombres con parálisis cerebral, habida cuenta de que se mantienen incluso en supuestos de medidas judiciales o voluntarias de apoyo al ejercicio de la capacidad jurídica. Esto es, se mantienen incluso aunque la persona esté sujeta a curatela de representación o de asistencia.

DERECHOS POLÍTICOS

Los derechos políticos garantizan la intervención de la ciudadanía en la vida pública. Entre ellos destaca el derecho al **sufragio** y la libertad de **asociación** y reunión.

1.3. ¿QUÉ Y CUÁLES SON DERECHOS DE LA PERSONALIDAD?

Los derechos de la personalidad o derechos personalísimos son el conjunto de derechos fundamentales orientados a **garantizar la esfera personal**. Entre ellos se encuentran los derechos a la vida, la integridad personal, la intimidad, la privacidad, el honor, la libertad o el voto.

Por el mero hecho de ser persona, todos y todas tenemos la **calidad jurídica de la personalidad**. Esto es, somos titulares de los derechos personalísimos, con independencia de la situación de medidas de apoyo al ejercicio de la capacidad jurídica. Así, si bien la representación legal mediante curatela se dirige a la protección, los derechos de la personalidad son inherentes a cada persona por cuanto protegen positivamente aspectos de la personalidad y aseguran, con ello, la dignidad personal en sí misma. Y es que **nuestra dignidad humana es directamente proporcional a la existencia y respeto de los derechos personalísimos**.

“Nuestra dignidad humana es directamente proporcional a la existencia y respeto de los derechos personalísimos”

Por eso, la justificación de cualquier **limitación** de los derechos de la personalidad ha de argumentarse con **carácter reforzado**. Y es que la pérdida de la posibilidad de su ejercicio afecta directamente al derecho de **autodeterminación personal**. Una excesiva restricción de los derechos personalísimos implica la privación de la facultad personal de desarrollo del proyecto vital y puede condenar a las mujeres y a los hombres con parálisis cerebral a una situación de inferioridad permanente.

1.4. ¿POR QUÉ SON TAN IMPORTANTES LOS DERECHOS DE LA PERSONALIDAD?

Los derechos de la personalidad son indisociables a la mujer o al hombre con parálisis cerebral, en la medida en que son:

- **Derechos universales:** pertenecen a todas las mujeres y a todos los hombres sin distinción.
- **Derechos esenciales:** asociados de forma indisoluble a la naturaleza humana. Permiten garantizar la igualdad jurídica.
- **Derechos absolutos:** gozan de eficacia directa frente a todos y a todas.

- **Derechos personales:** corresponden exclusivamente a su titular.
- **Derechos inherentes:** son innatos u originarios. Esto es, acompañan a la persona desde que nace hasta que fallece.
- **Derechos inalienables:** intransferibles a otra persona, incluidos los y las representantes legales.
- **Derechos indisponibles:** nadie puede invadir su titularidad y su ejercicio está vinculado a la capacidad natural de la persona y, por tanto, a la capacidad de entendimiento (ver apartados de medidas de apoyo al ejercicio de derechos y minoría de edad).
- **Derechos irrenunciables:** el sujeto no puede renunciar a su titularidad. Puede decidir si quiere o no ejercerlos, pero siempre le pertenecerán.
- **Derechos imprescriptibles:** no se pierden nunca.

1.5. IMPLICACIONES COTIDIANAS DE LOS DERECHOS FUNDAMENTALES EN LAS ENTIDADES ASPACE

Los derechos fundamentales tienen **eficacia directa**; es decir, no necesitan norma de desarrollo para su aplicación práctica. Así, algunos derechos como la [intimidad](#) y la [privacidad](#) cuentan con normas clarificadoras de algunos aspectos y otros, como el derecho a la vida, carecen de norma de desarrollo.

Además, en el caso de que el derecho fundamental se desarrolle jurídicamente habrá de adoptar necesariamente la forma de **Ley Orgánica**. Las Leyes Orgánicas tienen vocación de permanencia y por eso su trámite de aprobación tiene algunas particularidades, entre las que destaca la necesidad de contar con mayoría absoluta. En todo caso, el poder de eficacia directa se irradia a **las normas de desarrollo**, que **siempre han de respetar los límites del derecho contenidos en la Constitución**.

La eficacia directa es, sin duda, el rasgo definidor de los derechos fundamentales. Y es que sitúa a los derechos fundamentales en una posición tan elevada que la vulneración o mero desconocimiento se considera antijurídico. La eficacia directa implica que los derechos fundamentales son aplicables:

- A **todas las personas** sin distinción y con independencia, por tanto, de la sujeción personal a medidas de apoyo al ejercicio de la capacidad jurídica.



- En **todos los lugares**, incluidos los servicios educativos, centros de día y ocupacionales o servicios residenciales y otras soluciones habitacionales.

En los servicios de atención a la parálisis cerebral a veces surge una **colisión entre el deber de cuidado y el respeto de los derechos fundamentales**. Para analizar esta cuestión es fundamental adentrarse en dos conceptos jurídicos: el contenido esencial del derecho y el principio de proporcionalidad.

“Todo derecho fundamental consiste en la suma de dos círculos concéntricos”

La teoría del **contenido esencial** del derecho nos permite conocer qué parte del derecho ha de preservarse siempre en nuestras decisiones cotidianas. Y es que todo derecho fundamental consiste en la suma de dos círculos concéntricos. El círculo interior recoge el núcleo esencial del derecho y, en tanto a ello, resulta absolutamente indisponible. Se trata de un **mínimo irrenunciable** e ilimitable, que de vaciarse conduciría a la desaparición del derecho en sí mismo. Por su parte, el círculo exterior puede estar sujeto a límite, siempre y cuando las limitaciones impuestas no lo hagan impracticable o dificulten más allá de lo razonable su ejercicio.

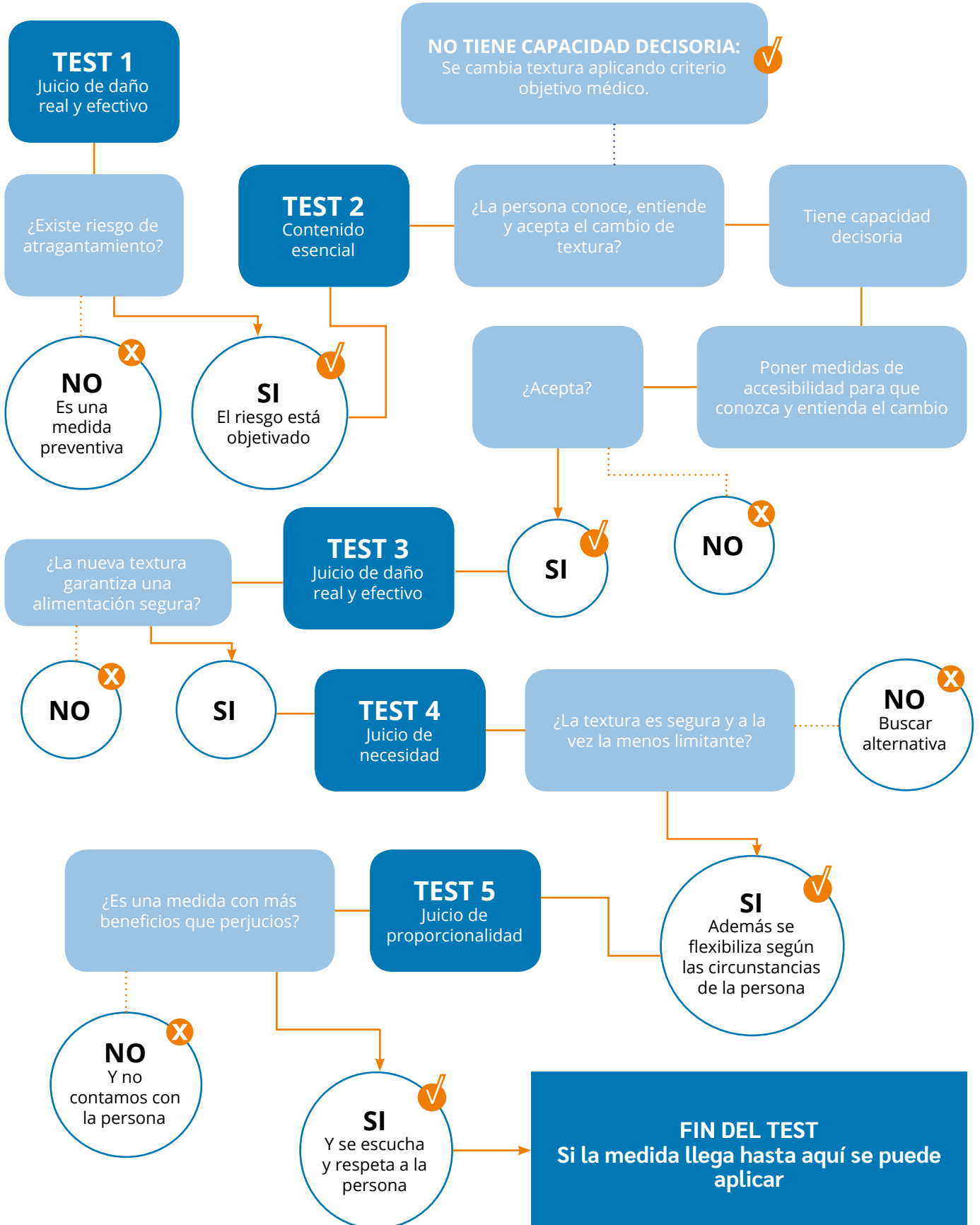
A tal fin, coadyuva el **principio de proporcionalidad**. Mediante el mismo se asegura que la restricción sea la indispensable sin que constituya una eliminación de la existencia del derecho. Para ello, en primer lugar, se ha de

constatar que la limitación viene impuesta por un daño real y efectivo y no de una mera sospecha. Ningún derecho, incluidos los fundamentales, es absoluto; pero **no resulta admisible su limitación por medidas preventivas**.

Una vez implantado este primer filtro, la restricción del derecho pasa por dar respuesta positivamente a las siguientes tres cuestiones:

- **Juicio de idoneidad:** la medida limitativa ha de ser susceptible de conseguir el objetivo perseguido.
- **Juicio de necesidad:** la restricción es necesaria en el sentido de que no exista otra medida más moderada para la consecución de tal propósito con igual eficacia. Así, siempre ha de optarse por el medio menos oneroso para alcanzar el fin propuesto.
- **Juicio de proporcionalidad:** la medida resultará equilibrada, siempre que de la misma se derivan más beneficios que perjuicios.

PRINCIPIOS JURÍDICOS PARA LA ALIMENTACIÓN SEGURA Ejemplo: limitar la libertad empleando la alimentación texturizada



1.6. LOS DERECHOS DE LA PERSONALIDAD COMO NORMAS CUALIFICADAS EN LOS SERVICIOS PÚBLICOS: CONCIERTO Y CONTRATACIÓN PÚBLICA

La finalidad jurídica de las organizaciones ASpace es la prestación de servicios para la infancia, la adolescencia, las mujeres y los hombres con parálisis cerebral y otras discapacidades afines con grandes necesidades de apoyo. Con el propósito de cubrir las necesidades de una multitud de personas, las entidades ASpace organizan sus recursos materiales y humanos bajo un conjunto de normas convivenciales de carácter formal e informal.

“ASpace se compromete legalmente a cubrir con carácter de calidad las necesidades sociosanitarias de la infancia, la adolescencia, las mujeres y los hombres con parálisis cerebral”

Desde el punto de vista legal esta **relación bidireccional** genera un entramado de **derechos y deberes recíprocos entre la entidad y la persona con parálisis cerebral**. Así pues, la entidad ASpace se compromete legalmente a cubrir con carácter de calidad las necesidades sociosanitarias de la infancia, la adolescencia, las mujeres y los hombres con parálisis cerebral; mientras que las personas con parálisis cerebral aceptan jurídicamente su integración relacional con profesionales, compañeras y compañeros. Ese vínculo vital se encausa normativamente y, en toda esa estructura, **los derechos fundamentales de la personalidad son jurídicamente superiores a cualquier regulación interna y su respeto es intrínsecamente proporcional a la calidad prestacional**. Así lo ha reconocido reiteradamente el Tribunal Constitucional al afirmar que la ciudadanía integrada en instituciones conserva intactos sus derechos fundamentales. **Solamente una resolución o autorización judicial habilita a la organización a limitar sustantivamente los derechos de la personalidad**.

Esta previsión jurídica aplicable a cualquier organización se **faculta singularmente en el caso de instituciones de servicio público**. Las exigencias jurídicas son mayores y, con ello, las garantías de las personas con parálisis cerebral. En este sentido, las entidades bajo régimen de concierto, contratación pública o cualquier otra forma jurídica sujeta a subvención gubernamental ejercen legalmente función pública.

De ahí que el balance entre el deber de cuidado y el respeto de derechos siempre ceda a favor de estos



últimos. El contenido esencial del derecho no se puede eliminar. La solución jurídica, por tanto, ha de pasar por la implementación de medidas de protección no invasivas que salvaguarden la integridad a la par que la toma de decisiones. El riesgo cero no existe y su eliminación preventiva carece de respaldo jurídico, especialmente en **organizaciones representativas del poder público, que ejemplifican en tanto a ello la aplicación constitucional**.

1.7. ¿QUÉ ES EL DERECHO A LA VIDA?

El derecho a la vida de los hombres y las mujeres con parálisis cerebral significa no sólo garantizar el derecho a vivir, sino especialmente promover y proteger el derecho a **vivir dignamente**. Este último extremo conduce necesariamente al mantenimiento de la integridad personal y, con ello, la evitación del sufrimiento es la clave de la aplicación jurídica del derecho a la vida en situaciones de disfagia.

1.8. IMPLICACIONES DEL DERECHO A LA VIDA Y LA ALIMENTACIÓN DE LAS PERSONAS CON PARÁLISIS CEREBRAL

Por su situación de discapacidad, las mujeres y los hombres con parálisis cerebral presentan, en muchos casos, la condición sanitaria de disfagia. El abordaje de la disfagia ha de realizarse desde una **perspectiva socio-legal**. De un lado, resulta imprescindible implementar pautas de profesionales sanitarios, entre los que se encuentra el servicio de Logopedia de las entidades ASpace. Y de otro, ha de considerarse la regulación normativa al respecto. El objetivo último es **garantizar la vida en tanto a derecho pilar al ejercicio del resto de derechos** y a la existencia y calidad de vida de la persona en sí misma.

Desde el punto de vista legal, el derecho a la vida es un derecho fundamental de la personalidad y, en tanto a ello, permanece siempre dentro de la esfera personal, con independencia de si la persona está sujeta a medida

de apoyo al ejercicio de derechos. Así pues, **las decisiones sanitarias, incluidas las relativas a la alimentación, pertenecen a la mujer o al hombre con parálisis cerebral [AB9]**. Por tanto, en cuanto a derecho personalísimo, las mismas han de ser tomadas por la propia persona y nunca por su representante legal.

Como podemos observar, en las decisiones de alimentación existe una **constante interrelación entre el derecho a la libertad y el derecho a la vida**. En la alimentación, el derecho a la libertad conduce a cuándo, cómo y qué comer, mientras que el derecho a la vida dirige a la adopción de todas las medidas necesarias para una alimentación segura. Al tratarse de dos derechos fundamentales de la personalidad y, por tanto, de igual naturaleza jerárquica, la determinación de cuál de ellos prevalece se hará en base al análisis de la **colisión de derechos fundamentales**. Para ello, se debe determinar qué conforma el **núcleo esencial del derecho** porque, desde el punto de vista jurídico, se entiende que un derecho desaparece cuando se eliminan los elementos esenciales al mismo.

De este modo, para analizar la colisión de derechos fundamentales es preciso ahondar en el significado del núcleo esencial de cada uno de los derechos. Gráficamente observamos que el núcleo esencial del derecho a la vida es “no atacar directamente la vida, salvo autorización de muerte digna”, mientras que el derecho a la libertad está conformado por “respetar, en la medida de lo posible las decisiones personales”.



A fin de comprender íntegramente esta aproximación legal, en el derecho a la vida resulta ineludible distinguir dos vertientes: la vertiente positiva o **acción directa** y la vertiente negativa u **omisión**. Se trata de una cuestión tangencial al abordaje jurídico, en la medida en que, salvo aplicación de muerte digna, se asume la posibilidad legal de disponer de la vida. Así pues, jurídicamente resultan inadmisibles acciones directas con resultado de muerte, salvo que éstas hayan recibido la preceptiva autorización de muerte digna que, en el caso de personas sujetas a curatela de representación nunca será posible dada la imposibilidad decisoria personal.

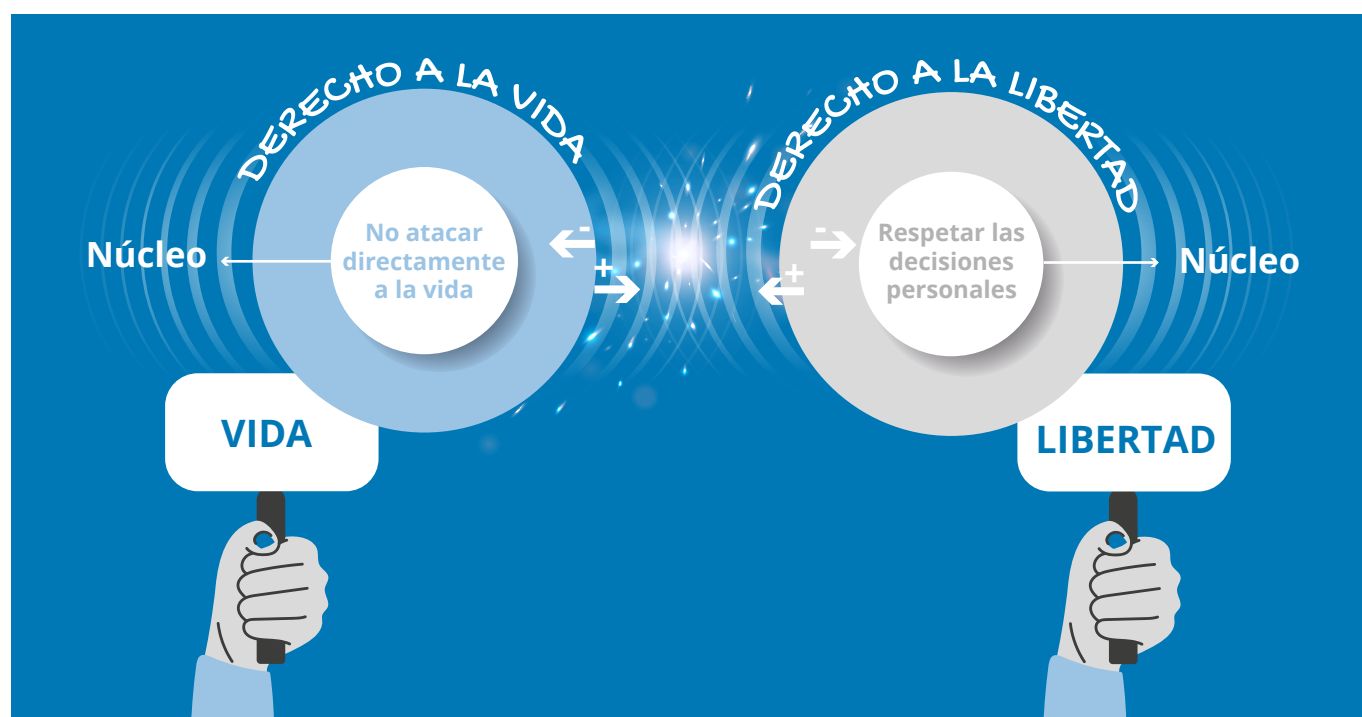
Cuestión distinta son las acciones omisivas para con el mantenimiento de la vida. Mientras la omisión de tercera persona es ilegal y su no consideración conduciría a responsabilidad por omisión del deber de socorro; la **omisión individual resulta admisible jurídicamente al entender la libertad personal como derecho facultado** y, con ello, por encima del derecho personal a la vida, siempre y cuando nos hallemos ante una actividad decisoria tendente a la inacción. Así pues y, en sintonía con la teoría jurídica de los derechos fundamentales de la personalidad, **solo cabe la omisión vía decisión personal, pero nunca la omisión ofrecida o decidida por terceras personas**. El derecho fundamental a la vida es personal, intransferible e irrenunciable. Por ese motivo, quienes ostentan la representación legal no se encuentran legitimadas jurídicamente para acometer actividad decisoria alguna para con este derecho capital. Y en este contexto jurídico se integra también la actividad omisiva, en cuanto a que el

hecho de no hacer algo nace de un juicio y una voluntad con implicaciones sobre una tercera persona.

En este orden de ideas y, dada la naturaleza cualificada del derecho a la vida, en el juego decisorio reviste también singular importancia jurídica la aplicación del criterio médico. Y es que la alimentación como vertiente integrada en el derecho a la vida aglutina, en algunos supuestos, la decisión personal y médica. El **criterio médico coadyuva siempre en supuestos de acción directa para con la vida**.

Por su parte, en los **casos de omisión habría de estarse a la circunstancia concreta**. De este modo, las decisiones omisivas de mujeres y hombres con parálisis cerebral serán **admisibles siempre y cuando la persona cuente con capacidad intelectual suficiente para garantizar la libre formación de la decisión**.

En todo caso, la sobreposición del criterio médico tanto por acciones indirectas como por omisiones preservadoras en ausencia de capacidad intelectual y/o madurativa, lleva aparejada la limitación de un derecho fundamental. En este sentido, resulta pertinente comprender que **la limitación de un derecho fundamental ha de estar basada en apreciaciones objetivas y, en este sentido, no son admisibles las pautas adoptadas por precaución**. Con la finalidad de evidenciar una situación de **riesgo objetivo** cabe, desde el punto de vista práctico, la aplicación de test especializados en disfagia, la exploración observacional y la técnica de videofluoroscopia. El resultado de esta actividad probatoria habrá de ser obligatoriamente registrado en todas las entidades ASpace.



A. EN EL DERECHO LA VIDA ¿LA ALIMENTACIÓN ES UNA ACCIÓN DIRECTA O INDIRECTA?

La alimentación es, dada su naturaleza vital, un **componente primario del derecho a la vida**. Sin alimentación la vida se extingue. En mujeres y hombres con parálisis cerebral y situación de disfagia asociada, la alimentación ha de aproximarse teniendo presente, de manera integrada, los presupuestos legales y el abordaje sanitario.

Desde el punto de vista legal, la **alimentación forma parte de la vertiente negativa del derecho a la vida**. No constituye una acción directa susceptible de causar la muerte, sino una expresión vital de la libertad personal. Y es que las personas, con o sin discapacidad, elegimos cuándo, cómo y qué comer. Por este motivo, la **prestación de apoyos a la alimentación debe entenderse como una actividad instrumental para la promoción de la autonomía personal**, pero nunca como una acción subjetiva directa.

Esta configuración jurídica no obsta la **obligatoriedad de informar, prestar e implementar una alimentación segura en las entidades ASPACE**. Así pues, el servicio de Logopedia habrá de informar, de manera comprensible y adaptada, a la infancia, la adolescencia, las mujeres y los hombres con parálisis cerebral sobre las medidas adoptadas con respecto a su alimentación. La oposición a las medidas adoptadas bajo criterio sanitario solo cabe en supuestos en los que exista capacidad intelectual para la adopción de una decisión responsable.

De este modo y, por contraposición, en **minoría de edad o en personas con grandes necesidades de apoyo a nivel intelectual habrá de seguirse preceptivamente el criterio médico**. Esto es así, en la medida en que la vida es un derecho fundamental de la personalidad, intransferible a terceras personas, incluidas las personas sujetas a representación legal o patria potestad.

En este sentido, resulta preciso aclarar que la patria potestad es una situación jurídica natural en minoría de edad, mientras que la representación legal es resultado de un proceso judicial de medidas de apoyo de personas mayores de edad. En ambos casos, el **derecho a la vida es personal e intransferible, con carácter reforzado en menores de edad**, donde por aplicación del principio de **interés superior del menor**, se hace ineludible adoptar todas las medidas necesarias para con el mantenimiento de la vida.

En todo caso, las **pautas objetivas adoptadas por el servicio de Logopedia** relativas a la postura, la textura o



los utensilios han de **seguirse rigurosamente por todo el equipo de profesionales de las entidades ASPACE**. Y en el caso de oposición a las mismas por parte de las mujeres y los hombres con parálisis cerebral, tal situación habrá de formalizarse ante notario y registrarse en la entidad.

B. ALIMENTACIÓN EN PERSONAS CON PARÁLISIS CEREBRAL Y CAPACIDAD INTELECTUAL PLENA: EL TESTAMENTO VITAL.

En la alimentación de mayores de edad con parálisis cerebral y capacidad intelectual plena el **criterio jurídico a aplicar es la preponderancia de la decisión personal**. En este supuesto de colisión de derechos fundamentales el derecho a la vida cede en favor del derecho a la libertad personal. Y lo hace en consonancia jurídica con la consideración de la alimentación como una vertiente negativa del derecho a la vida. Las mujeres y los hombres con parálisis cerebral, con independencia de su sujeción a medidas de apoyo al ejercicio de derechos y de la necesidad de apoyos instrumentales a sus actividades de la vida diaria, son ciudadanía en pie de igualdad.

De este modo y bajo la misma lógica jurídica que permite decidir sobre el sometimiento a tratamientos médicos o quirúrgicos, **las mujeres y los hombres con parálisis cerebral pueden decidir cómo, cuándo y de qué forma alimentarse**. En caso contrario, si se pretende una obligación social a una determinada forma de alimentación

se estaría conculcando el mismo derecho que se pretende proteger. Y es que **la imposición de alimentación atenta contra la integridad personal, en la medida en que se produce de forma no consentida**. Así lo ha reconocido el Tribunal Constitucional en múltiples ocasiones, al manifestar categóricamente su oposición frente a técnicas invasivas de alimentación de personas en situación de inanición.

De este modo y, a fin de normalizar e integrar esta previsión jurídica dentro de las entidades ASpace, se hace **preceptivo el recurso al testamento vital**. El testamento vital es una figura jurídica anticipatoria que recoge la decisión personal y que permite, con anterioridad o coincidencia temporal, adaptar las decisiones sanitarias a los deseos y preferencias de la persona.

En este orden de ideas, resulta pertinente clarificar que el recurso a otros **instrumentos jurídicos privados** como la firma de una suerte de contrato entre la entidad ASpace y la persona con parálisis cerebral no surte efecto jurídico alguno. Esta **nulidad legal** es si cabe más patente en el caso de que el citado documento se firme con la familia o representación legal, habida cuenta de la naturaleza intransferible del derecho a la vida que, en último término, impide la disposición por parte de terceras personas.

C. ALIMENTACIÓN EN PERSONAS CON PARÁLISIS CEREBRAL Y GRANDES NECESIDADES DE APOYO A NIVEL INTELECTUAL: EL CRITERIO MÉDICO.

Por su parte, la alimentación en personas con parálisis cerebral y grandes necesidades de apoyo a nivel intelectual **atiende siempre a la aplicación del criterio médico**. Por sus elevadas necesidades de apoyo intelectuales, las mujeres y los hombres con parálisis cerebral en esta situación social no pueden manifestar una decisión responsable y, con ello, ajustada a derecho. Sin embargo, la naturaleza personalísima del derecho a la vida se mantiene dentro de su esfera personal y, por ese motivo y con carácter proteccionista y garantizador de su bienestar, la decisión sobre su alimentación ha de ampararse en **criterios sanitarios objetivos**.

La objetivación del riesgo es el elemento central a la decisión sanitaria. **Resulta legalmente inadmisibles la adopción de medidas con carácter preventivo**. No obstante, esta objetivación del riesgo puede adoptarse con diversas técnicas y prácticas profesionales. Es legalmente admisible, por tanto, la técnica exploratoria y observacional de los servicios de Logopedia de las entidades ASpace siempre que se encuentre documentada y preceptivamente registrada. Como resultado de su función profesional el servicio de Logopedia informará al resto de profesionales

sobre las texturas adecuadas a cada alimento, así como la postura a adoptar y los utensilios a emplear en cada persona. **En derecho a la vida, el servicio de Logopedia se erige, por su especialización, en el escalafón más alto de la pirámide organizacional**.

Las pautas logopédicas se aplican a todas las tipologías y grados de disfagia, pero reviste singular importancia, por su consecuencia vital, la **situación de disfagia grave**. En estos casos, en los que indeseable pero necesariamente se hace precisa la intervención hospitalaria para la colocación de **sonda nasogástrica o gastrostomía**, también será el **criterio sanitario** el elemento jurídico informador. A tal fin y con la finalidad legal preventiva, **la representación legal de las personas con parálisis cerebral está obligada a la realización de técnicas de detección**, incluida, entre ellas la videofluoroscopia.

La videofluoroscopia es una técnica objetiva de carácter reforzado, pero no hay que dejar de lado, por atención y respeto de la realidad social, al resto de métodos de detección. Esto es así en la medida en que para algunos casos de disfagia el desarrollo de la videofluoroscopia entraña un riesgo en sí misma y la situación de disfagia resulta objetivamente apreciable mediante la exploración y/o los test especializados de disfagia.

Finalmente, en el supuesto de que la imposición de decisión de tercera persona suponga o pueda llegar a suponer **la pérdida de la vida, el personal sanitario habrá de dirigirse a fiscalía para forzar el tratamiento preservador de la vida**.

Por todos los motivos antedichos, resulta jurídicamente recomendable la **inclusión de estos postulados legales en las normas de funcionamiento interno de las entidades ASpace**, a fin de regular una situación sociosanitaria central a la defensa de derechos, tanto en sus consecuencias sociales de sufrimiento como en su potencial desenlace fatal.

Las mujeres y los hombres con parálisis y grandes necesidades de apoyo a nivel intelectual son ciudadanía de pleno derecho. Y para ellos y para ellas, como para el resto de la población con o sin discapacidad, el derecho a la vida se erige como derecho central al ejercicio de derechos y a la existencia y la calidad de la persona en sí misma.

OPOSICIÓN A LAS MEDIDAS ADOPTADAS BAJO CRITERIO SANITARIO				
SITUACIÓN PERSONAL	¿QUIÉNES SON?	¿QUÉ CRITERIO PREVALECE?	ES VÁLIDO...	NO ES VÁLIDO...
Personas con capacidad intelectual y decisoria	Mayores de edad sin grandes necesidades de apoyo a nivel intelectual.	La decisión personal.	Que la persona titular del derecho realice testamento vital para prever la situación.	Un contrato privado con la persona o con la familia.
Personas con imposibilidad decisoria	Menores de edad y personas con grandes necesidades de apoyo a nivel intelectual.	El criterio médico del o de la especialista en coordinación con la profesional de logopedia.	Objetivizar el riesgo mediante técnicas exploratorias de valoración, test de disfagia y videofluoroscopia. Si hay riesgo vital, apostar por alcanzar consenso familiar. En caso de imposibilidad, acudir a fiscalía para forzar el tratamiento que preserve la vida.	Medidas médicas preventivas no objetivadas.

1.9. ¿QUÉ OCURRE CON LAS PERSONAS SUJETAS A MEDIDAS DE APOYO PARA EL EJERCICIO DE DERECHOS?

En personas con parálisis cerebral u otras discapacidades afines sujetas a medidas de apoyo para el ejercicio de derechos tendemos a asumir una mayor limitación de derechos. Sin embargo, este enfoque y abordaje práctico no encuentra sustento legal para con el ejercicio de los derechos de la personalidad. En los derechos personalísimos, la base del sistema legal gira entorno a la consideración de que **toda la ciudadanía cuenta con capacidad jurídica por el mero hecho de ser persona**. Esto es, todas las personas son titulares de derechos y habrán de ejercer los mismos en función de sus capacidades intelectuales. De esta manera, la aproximación jurídica se circunscribe al **beneficio de la duda**, de tal modo que **siempre que no se demuestre lo contrario la persona sujeta a medidas de apoyo actuará por sí misma**.

Bajo este prisma legal, la clave aplicativa práctica se encuentra en la **capacidad de discernimiento real**. Así pues, si la persona cuenta con suficiente capacidad cognitiva para **comprender el significado del acto** que realiza y,

en consecuencia, **adoptar una decisión responsable**, el ejercicio del derecho le corresponde a sí misma, con independencia de su sujeción a medidas de apoyo al ejercicio de derechos.

Desde esta perspectiva legal, **¿cómo inferir capacidad intelectual al ejercicio de derechos en nuestro día a día?**

De forma aproximativa, en el caso de la **curatela de asistencia** se entiende legalmente que la persona cuenta con **capacidad decisoria**. Por su parte, en el caso de la **curatela de representación**, la respuesta jurídica para aproximar la capacidad intelectual de las mujeres y los hombres con parálisis cerebral se encuentra en dar respuesta positiva a si la persona:

- Cuenta con la **información necesaria** sobre las implicaciones del acto personalísimo.
- Se trasluce una **decisión consciente** de su comportamiento cotidiano.
- Es capaz de **comunicar** de forma oral, escrita o mediante el empleo de SAAC a **terceras personas** la decisión formada.

CAPACIDAD MADURATIVA REAL, CLAVE AL EJERCICIO DE DERECHOS EN PERSONAS SUJETAS A MEDIDAS DE APOYO.

Un ejemplo de cómo aproximarse a la capacidad cognitiva real: ¿podría elegir cuándo, cómo y qué comer una mujer con parálisis cerebral en concreto?

ORDEN	LO QUE DEBEMOS COMPROBAR	QUÉ PREGUNTA DEBEMOS RESPONDER	CÓMO PODEMOS RESPONDERLA Y COMPROBAR LA CAPACIDAD INTELECTUAL
1	¿Cuenta con la información necesaria?	¿Conoce la mujer con parálisis cerebral su situación de disfagia y comprende todas sus implicaciones?	Los equipos profesionales han de facilitar, en el formato adecuado a las necesidades de la persona, toda la información sobre este tema.
2	¿Se observa una decisión consciente en su comportamiento diario?	¿La decisión que manifiesta es fruto de una maduración consciente y reiterada?	El equipo profesional debe crear un registro individualizado de observaciones de voluntad y comportamiento.
3	¿Comunica a otras personas su decisión?	¿Es capaz de explicar este deseo a terceras personas?	Lo hará a través del sistema de comunicación que utilice habitualmente; ya sea oral, escrito o SAAC.

En este orden de ideas, en el supuesto práctico del derecho a la vida, **la participación de la representación legal se circunscribe exclusivamente a aquellas personas cuyas grandes necesidades cognitivas impiden la formación de una decisión propia**. En estos casos, la representación legal se encuentra, por la naturaleza facultada y trascendental de este derecho, obligada a **adoptar medidas de prevención y tratamiento de la situación de disfagia**. Así pues, habrán de llevar a cabo las técnicas de prevención y tratamiento indicadas al respecto para con este particular.

Del mismo modo y por la necesidad de preservar la vida, conservar la integridad personal y, con ello, evitar el sufrimiento personal, en el derecho a la vida se impone siempre el **criterio sanitario**. Esta decisión, dado el carácter sociosanitario de las entidades ASpace, habrá de **implementarse colaborativamente entre el servicio de Logopedia y los centros médicos de especialización**. [AB22]

1.10. ¿Y CON MENORES DE EDAD?

Al igual que en supuestos de medidas de apoyo al ejercicio de derechos, **en minoría de edad tampoco existe presunción de incapacidad de obrar**. Así lo ha reconocido el Tribunal Constitucional, quien reiteradamente ha afirmado que el ejercicio de derechos de la personalidad será realizado por ellos y ellas mismas **siempre que cuenten con suficiente capacidad madurativa**.

No obstante, en el derecho a la vida, el **principio jurídico del interés superior del menor** adquiere una naturaleza reforzada. [AB23] Y en atención al mismo las **decisiones sanitarias**, incluidas las relativas a alimentación, se **regirán siempre por el criterio sanitario**. De este modo, el interés superior del menor prima la balanza decisoria en favor de la vida, aunque la resolución se realice contando necesariamente con la opinión del menor o la menor.

02

ENTREVISTA DE VALORACIÓN DE LA DEGLUCIÓN

2. ENTREVISTA DE VALORACIÓN DE LA DEGLUCIÓN

- 2.1. DATOS PERSONALES
- 2.2. HISTORIA CLÍNICA/ANTECEDENTES
- 2.3. DATOS RELACIONADOS CON LA ALIMENTACIÓN
- 2.4. HIGIENE BUCODENTAL
- 2.5. ENTORNO
- 2.6. AUTONOMÍA Y PRODUCTOS DE APOYO



Escanea este código QR para acceder a la versión digital de las tablas de este apartado

2. ENTREVISTA DE VALORACIÓN DE LA DEGLUCIÓN

A continuación, se propone una serie de tablas e instrumentos con diferentes ítems para que profesionales puedan hacer una valoración completa de la disfagia y así poder sacar conclusiones que beneficien a la persona y desarrollar pautas para una alimentación segura.

Para ello, el equipo profesional irá cubriendo las tablas en función de lo que se considere necesario para valorar a cada persona usuaria según su perfil y características.

Estas tablas pueden completarse y anotar observaciones que se crean relevantes para aumentar la información y así tener una valoración completa. Se añaden instrumentos existentes para uso y una descripción de los mismos para su orientación en la práctica.

Antes de continuar a la entrevista, se especifican dos instrumentos habitualmente usados, como son el **pulsioxímetro** y el **fonendo** con sus aplicaciones prácticas:

El **pulsioxímetro** nos permite medir el **porcentaje de saturación de oxígeno en sangre**. El nivel normal de saturación de oxígeno en sangre debe estar por encima de **95%**. Si una persona con un trastorno en la deglución aspira alimento a vía respiratoria, disminuye repentinamente el nivel de oxígeno. Una disminución de la saturación de oxígeno entre un 3% y un 5% nos puede indicar que ha habido aspiración.

En logopedia se suele utilizar este aparato tanto en la prueba MEC como en sesión de alimentación, ya que es una herramienta útil para valorar la posibilidad de una falsa vía.

El **fonendoscopio**, nos permite realizar una auscultación cervical durante la deglución, momento en el que podremos escuchar:

- Un sonido (Click-clunk) asociado con la articulación de la epiglotis y el paso del alimento por la faringe.
- Un sonido (pop) asociado con la apertura y cierre del esfínter cricofaríngeo.
- Y un sonido (Puff) que es el sonido glotal de liberación.
- Dos sonidos (clicks) audibles
 - Cierre de válvulas
 - Relajación de EES
- Un soplo espiratorio
 - Hay alteración cuando hay ausencia de clicks y ruido durante respiración

Para realizar la auscultación el fonendo debe apoyarse en el borde lateral de la tráquea y como referencia se toma el cartílago cricoides.

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)

EDADES

¿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 No Tipo:

DATOS VISUALES

PROBLEMAS
VISUALES

Si No Tipo:

INTOLERANCIAS

ALERGÍAS

NEUMONÍAS

Frecuentes

No Frecuentes

COMPLICACIONES
RESPIRACIONES

Frecuentes

No Frecuentes

ANTECEDENTES EN
LA FAMILIA

AUSENCIAS

CONTROLADAS

Tipo:

Cómo y cuándo se manifiestan y
duración

NO CONTROLADAS

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
ENCÍAS

TRATAMIENTO ESPECÍFICO
DE ENCÍA

LLAGAS/ HONGOS Sí No Frecuencia

INTERVENCIONES

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

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

03

FICHA MIOFUNCIONAL

3. FICHA FUNCIONAL

- 3.1. EXPLORACIÓN MIOFUNCIONAL OROFACIAL
- 3.2. NIVEL FUNCIONAL DE LOS ÓRGANOS FONOARTICULADORES. EVALUACIÓN MUSCULATURA IMPLICADA EN LA DEGLUCIÓN.
- 3.3. EXPLORACIÓN DE LOS REFLEJOS ORALES.
- 3.4. FUNCIONES ESTOMATOGNÁTICAS.



Escanea este código QR para acceder a la versión digital de las tablas de este apartado

3. FICHA MIOFUNCIONAL

LA TERAPIA MIOFUNCIONAL SE OCUPA DE REEDUCAR Y REHABILITAR LOS TRASTORNOS DE LA RESPIRACIÓN, MASTICACIÓN, DEGLUCIÓN Y DEL HABLA

La Terapia Miofuncional, que se ocupa de reeducar y rehabilitar los trastornos de la respiración, masticación, deglución y del habla; constituye el centro de estudio y sistematización desde la fuente inicial más conocida: el desarrollo orofacial infantil.

Los avances y reconsideraciones de todas las variables que intervienen en la optimización de una función oral y, los aportes de las escuelas funcionalistas nos llevan al intento de conjuntar, sintetizar y sistematizar las intervenciones terapéuticas en una visión más integral y holística de la Terapia Miofuncional. El individuo es un todo y como un todo debe tratarse.



La línea teórica parte de ciertas consideraciones básicas tales como:

- **Que todas las estructuras orales se relacionen**, se determinan y se condicionan entre sí.
- **Que éstas deben desarrollarse según la cronología** y las leyes naturales.
- **Que las funciones no se desarrollan aisladamente.**
- **Que éstas son de gran complejidad** y son susceptibles de ser tratadas multidisciplinariamente.
- Que disciplinas como la Pediatría, la Otorrinolaringología, la Ortodoncia-Ortopédica, Maxilo-Facial, la Fisioterapia o la Logopedia están abocadas indefectiblemente a **interrelacionarse, comprenderse, respetarse y nutrirse** enriqueciéndose mutuamente.
- **Que la intervención precoz y temprana** para reconducir una función desviada **es prioritaria.**
- **Que la estética deviene de una función sanamente equilibrada.**

Por lo tanto, no ha de impactar que la postura y la verticalidad corporal ocupen un lugar tan destacado en el diagnóstico e intervención clínica como el que ocupa la postura lingual, la deglución atípica o la respiración oral¹.

1 Texto mención por parte de: Elisabet Herrera G. Logopeda. Docente y Directora Técnica del curso Terapia Miofuncional ISEP (Instituto Superior de Estudios Psicológicos) en el manual: "Reeducación de la deglución atípica funcional en niños con respiración oral". M^º Eugenia Peralta Garcerá (2001). Barcelona: ISEP.

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)			

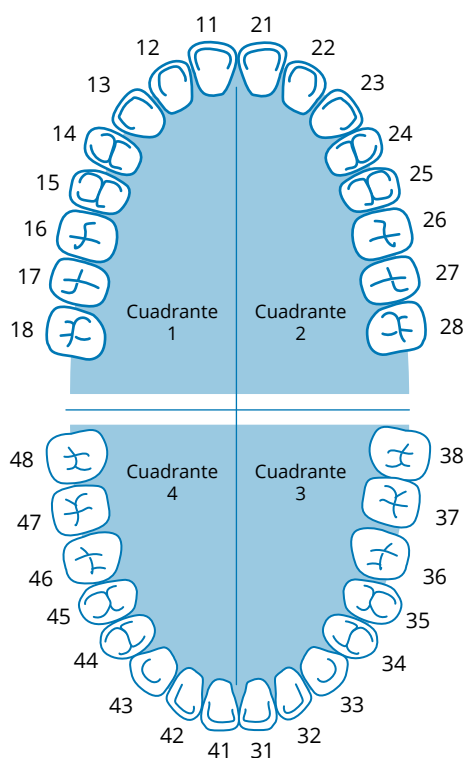
MEJILLAS	
EXPLORACIÓN CARA INTERNA	
Normal	<input type="checkbox"/>
Presencia de marcas producidas por presión dental atípica	<input type="checkbox"/>
Presencia de llagas	<input type="checkbox"/>

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"/>		

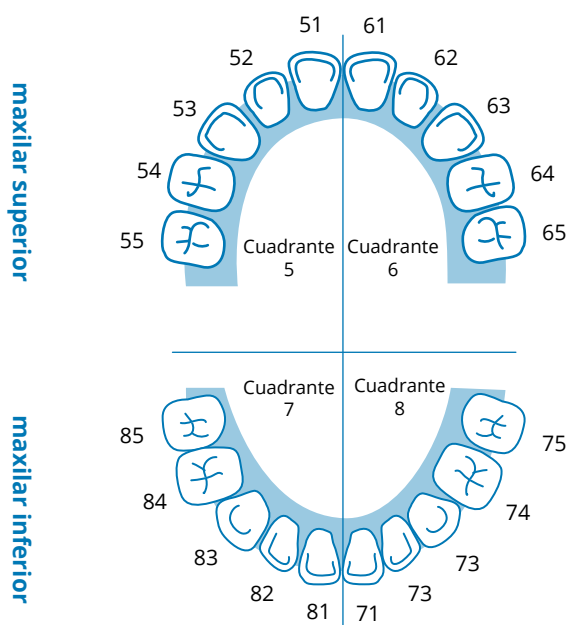
DENTICIÓN

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

Presencia de placa bacteriana
 Aspecto encías _____

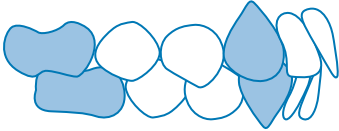
SALIVACIÓN

Correcta
 Sialorrea
 Hiposalivación

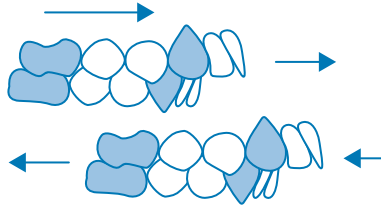
MAXILARES. MALOCCLUSIÓN.

CONFIGURACIÓN MAXILARES

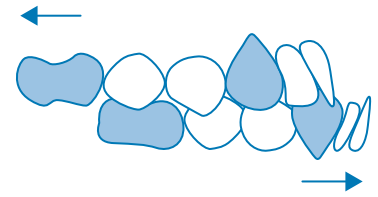
Clase I. Neuroclusión



Clase II. Distocclusión (retromentonismo)



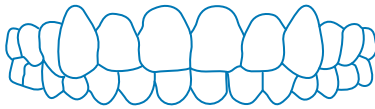
Clase III. Mesioclusión (prognatismo)



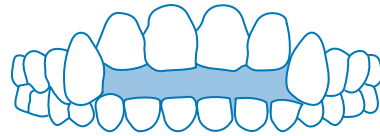
MORDIDA. OCLUSIÓN.

TIPO

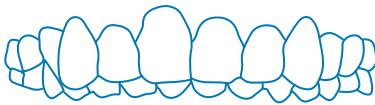
Mordida normal



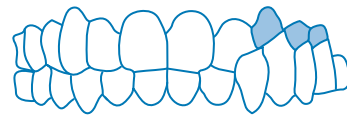
Mordida abierta



Mordida cubierta



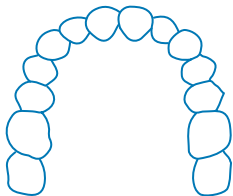
Mordida cruzada



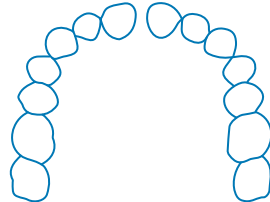
ALINEACIÓN

TIPO

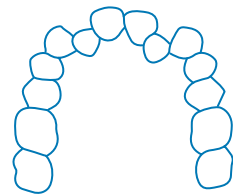
Normal



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	Investigar si existe disfonía, averiguar la amplitud y elevación del tono y si existen trastornos de la articulación o fonación		
		Dilatación de la glotis	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 H2O 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	Cuando se produce	Sí	<input type="checkbox"/>
	penetración en vía aérea por encima de las cuerdas vocales	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"/>
SOPLO	RETENCIÓN DE AIRE	Asimétrica <input type="checkbox"/>
Escape <input type="checkbox"/>	Escape <input type="checkbox"/>	RINOLALIA
No escape <input type="checkbox"/>	No escape <input type="checkbox"/>	Abierta <input type="checkbox"/>
Controla fuerza y dirección <input type="checkbox"/>		Cerrada <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

DEGLUCIÓN (SÓLIDOS Y SEMISÓLIDOS)

¿QUÉ SE EXPLORA?

- Mímica compensatoria
- Disparo deglutorio
- Elevación laríngea
- Número de degluciones
- Presencia de tos
- Postura de cabeza y cuello

OBSERVACIONES

FASE FARÍNGEA

¿QUÉ SE EXPLORA?

- 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

POSTDEGLUCIÓN

DEGLUCIÓN	
FASE ORAL PREPARATORIA	DEGLUCIÓN (LÍQUIDOS)
	<p>¿QUÉ SE EXPLORA?</p> <ul style="list-style-type: none">• Competencia del esfínter labial (labios juntos o separados)• Capacidad para sorber• Sensibilidad orofaríngea• Escape del líquido• Control de saliva (retención) <p>OBSERVACIONES</p>
FASE ORAL DE TRANSPORTE	<p>¿QUÉ SE EXPLORA?</p> <ul style="list-style-type: none">• Capacidad de transportar el líquido (presencia o no de movimientos compensatorios)• Sello palatogloso• Fuerza en la propulsión• Control de la saliva (manejo de líquidos) <p>OBSERVACIONES</p>

DEGLUCIÓN

DEGLUCIÓN (LÍQUIDOS)

¿QUÉ SE EXPLORA?

- Mímica compensatoria
- Disparo deglutorio
- Elevación laríngea
- Número de degluciones
- Presencia de tos
- Postura de cabeza y cuello

FASE FARÍNGEA

OBSERVACIONES

¿QUÉ SE EXPLORA?

- Calidad vocal
- Signos de seguridad durante la alimentación (ojos llorosos, coloración de los labios, secreciones, bajada saturación de oxígeno, etc).
- Presencia de tos

POSTDEGLUCIÓN

OBSERVACIONES

04

TEST MÉTODO DE EXPLORACIÓN CLÍNICA VOLUMEN- VISCOSIDAD (MECV-V)



Escanea este código QR para acceder a la versión digital de las tablas de este apartado

4. TEST MÉTODO DE EXPLORACIÓN CLÍNICA VOLUMEN-VISCOSIDAD (MECV-V)

La prueba MECV-V es un método de exploración clínica desarrollado por la Unidad de Exploraciones Funcionales Digestivas del Hospital de Mataró (Barcelona).

Utilizando bolos de distintos volúmenes (5ml, 10ml y 20ml) y viscosidades (líquido, néctar y pudding), se pueden detectar los signos clínicos que indican la existencia de un trastorno de la deglución y también nos orienta sobre cuáles son la viscosidad y el volumen más seguros para compensar a cada persona con disfagia, para que pueda alimentarse de manera segura y eficaz.

Esta prueba fue creada para valorar a personas adultas, pero es igualmente válido para poder valorar otros grupos de edad ya que permite poder ajustar los rangos de volúmenes (2` 5ml, 5ml, 10ml, 20ml) así como poder valorar otras viscosidades (miel).

En la práctica de cada centro, encontramos distintas versiones de la prueba MECV-V, adaptadas a las características de las personas usuarias.



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"/>

05

COMUNICACIÓN DURANTE LA ALIMENTACIÓN



Escanea este
código QR para
acceder a la
versión digital de
las tablas de este
apartado

5. COMUNICACIÓN DURANTE LA ALIMENTACIÓN

COMUNICACIÓN DURANTE LA ALIMENTACIÓN

EXPRESIÓN / BREVE DESCRIPCIÓN

COMPRENSIÓN / BREVE DESCRIPCIÓN

06

CONCLUSIONES



Escanea este código QR para acceder a la versión digital de las tablas de este apartado

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

Disfagia grave: vía oral suspendida. El paciente puede presentar:

NIVEL 1

- 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

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:

NIVEL 2

- 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

Disfagia moderada: total asistencia, supervisión o estrategias, restricción de 2 o más consistencias. Puede presentar:

NIVEL 3

- 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:
 - Aspiración de 2 consistencias, con reflejo de tos débil o ausente
 - Aspiración de 1 consistencia, sin tos ni penetración

Disfagia leve/moderada: supervisión intermitente, restricción a una o 2 consistencias. El paciente puede presentar:

NIVEL 4

- Estancamiento en la faringe, despeja con orientación
- Aspiración con 1 consistencia, con reflejo de tos débil o ausente:
 - 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

Disfagia leve: supervisión a distancia, puede necesitar de restricciones de una consistencia. El paciente puede presentar:

NIVEL 5

- 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

07

RECOMENDACIONES PARA UNA ALIMENTACIÓN SEGURA



Escanea este
código QR para
acceder a la
versión digital de
las tablas de este
apartado

7. RECOMENDACIONES PARA UNA ALIMENTACIÓN SEGURA

RECOMENDACIONES PARA UNA ALIMENTACIÓN SEGURA

RECOMENDACIONES EN LA ALIMENTACIÓN

NECESIDAD APOYO

BIBLIOGRAFÍA

LEGISLACIÓN

1. Declaración Universal de Derechos Humanos. Asamblea General de las Naciones Unidas, París, Francia, 10 de diciembre de 1948.
2. Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad. Asamblea General de las Naciones Unidas, Nueva York, Estados Unidos, 13 de diciembre de 2006.
3. Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea de 25 de marzo de 1957. Texto consolidado en Diario Oficial de la Unión Europea, 30 de marzo de 2012, núm. 85.
4. Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea de 12 de diciembre de 2007. Diario Oficial de la Unión Europea, 14 de diciembre de 2007, núm. 303.
5. Reglamento 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos. Diario Oficial de la Unión Europea, 4 de mayo de 2016, núm. 119.
6. Constitución Española. Boletín Oficial del Estado, 29 de diciembre de 1978, núm. 311, pp. 29313 a 29424.
7. Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social. Boletín Oficial del Estado, 3 de diciembre de 2013, núm. 289.
8. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado, 15 de noviembre de 2002, núm. 274.

JURISPRUDENCIA

9. Sentencia del Tribunal Constitucional 11/1981, de 8 de abril de 1981.
10. Sentencia del Tribunal Constitucional 2/1982, de 29 de enero de 1982.
11. Sentencia del Tribunal Constitucional 12/1982, de 31 de marzo de 1982.
12. Sentencia del Tribunal Constitucional 15/1982, de 23 de abril de 1982.
13. Sentencia del Tribunal Constitucional de 62/1982, de 15 de octubre de 1982.
14. Sentencia del Tribunal Constitucional 73/1982, de 2 de diciembre de 1982.
15. Sentencia del Tribunal Constitucional 13/1984, de 3 de febrero de 1984.
16. Sentencia del Tribunal Constitucional 110/1984, de 26 de noviembre de 1984.
17. Sentencia del Tribunal Constitucional 13/1985, de 31 de enero de 1985.
18. Sentencia del Tribunal Constitucional 25/1985, de 25 enero de 1985.
19. Sentencia del Tribunal Constitucional 53/1985, de 11 de abril de 1985.
20. Sentencia del Tribunal Constitucional 53/1986, de 5 de mayo 1986.
21. Sentencia del Tribunal Constitucional 89/1987, de 3 junio de 1987.
22. Sentencia del Tribunal Constitucional 161/1987, de 27 de octubre de 1987.
23. Sentencia del Tribunal Constitucional 170/1987, de 30 de octubre de 1987.
24. Sentencia del Tribunal Constitucional 196/1987, de 11 de diciembre de 1987.
25. Sentencia del Tribunal Constitucional 227/1988, de 29 de noviembre de 1988.
26. Sentencia del Tribunal Constitucional 231/1988, de 2 de diciembre de 1988.
27. Sentencia del Tribunal Constitucional 37/1989, de 15 de febrero de 1989.
28. Sentencia del Tribunal Constitucional 120/1990, de 27 de junio de 1990.

29. Sentencia del Tribunal Constitucional 137/1990, de 19 de julio de 1990.
30. Sentencia del Tribunal Constitucional 64/1991, de 22 de marzo de 1991.
31. Sentencia del Tribunal Constitucional 179/1991, de 19 de septiembre de 1991.
32. Sentencia del Tribunal Constitucional 197/1991, de 17 de octubre de 1991.
33. Sentencia del Tribunal Constitucional 249/1991, de 5 de septiembre de 1991.
34. Sentencia del Tribunal Constitucional 20/1992, de 14 de febrero de 1992.
35. Sentencia del Tribunal Constitucional 142/1993, de 22 de abril de 1993.
36. Sentencia del Tribunal Constitucional de 254/1993, de 20 de julio de 1993.
37. Sentencia del Tribunal Constitucional 341/1993, de 18 de noviembre de 1993.
38. Sentencia del Tribunal Constitucional 31/1994, de 31 de enero de 1994.
39. Sentencia del Tribunal Constitucional 57/1994, de 28 de febrero de 1994.
40. Sentencia del Tribunal Constitucional 143/1994, de 9 de mayo de 1994.
41. Sentencia del Tribunal Constitucional 215/1994, de 14 de julio de 1994.
42. Sentencia del Tribunal Constitucional 320/1994, de 28 de noviembre de 1994.
43. Sentencia del Tribunal Constitucional 66/1995, de 8 de mayo de 1995.
44. Sentencia del Tribunal Constitucional 207/1996, de 16 de diciembre de 1996.
45. Sentencia del Tribunal Constitucional 151/1997, de 29 de septiembre de 1997.
46. Sentencia del Tribunal Constitucional 175/1997, de 27 de octubre de 1997.
47. Sentencia del Tribunal Constitucional 11/1998, de 13 de enero de 1998.
48. Sentencia del Tribunal Constitucional 94/1998, de 4 de mayo de 1998.
49. Sentencia del Tribunal Constitucional 49/1999, de 5 abril de 1999.
50. Sentencia del Tribunal Constitucional 94/1998, de 4 de mayo de 1998.
51. Sentencia del Tribunal Constitucional 177/1998, de 14 de septiembre de 1998.
52. Sentencia del Tribunal Constitucional 134/1999, de 15 de julio de 1999.
53. Sentencia del Tribunal Constitucional 144/1999, de 22 de julio de 1999.
54. Sentencia del Tribunal Constitucional 185/1999, de 11 de octubre de 1999.
55. Sentencia del Tribunal Constitucional 202/1999, de 8 de noviembre de 1999.
56. Sentencia del Tribunal Constitucional 98/2000, de 10 de abril de 2000.
57. Sentencia del Tribunal Constitucional 104/2000, de 13 de abril de 2000.
58. Sentencia del Tribunal Constitucional 115/2000, de 10 mayo de 2000.
59. Sentencia del Tribunal Constitucional 141/2000, de 29 de mayo de 2000.
60. Sentencia del Tribunal Constitucional 290/2000, de 30 de noviembre de 2000.
61. Sentencia del Tribunal Constitucional 292/2000, de 30 de noviembre de 2000.
62. Sentencia del Tribunal Constitucional 161/2001, de 5 de julio de 2001.
63. Sentencia del Tribunal Constitucional 169/2001, de 16 de julio de 2001.
64. Sentencia del Tribunal Constitucional 154/2002, de 18 de julio de 2002.
65. Resolución 45/95 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, de 14 de diciembre de 1990.

- Bottini, Elsa; Carrasco, Alberto; Coromina, Jordi.; Donato, Graciela; Echarri, Pablo; Grandi, Diana; Lapitz, Lyda; Marcó, Joan Pau; Padrós, Eduardo y Vila, Emma (2010). *Protocolo de exploración interdisciplinar orofacial para adultos: manejo y codificación*. Barcelona, España.
- Del Burgo, Claudia. (2004). *Rehabilitación de problemas de deglución en pacientes con daño cerebral sobrevenido*. Madrid, España: EOS.
- Borrás, Salvador y cols. (2005). *Guía para la reeducación de la deglución atípica y trastornos asociados*. España: NAU LLIBRES.
- Peralta, M^a Eugenia. (2001). *Reeducación de la deglución atípica funcional en niños con respiración oral*. Barcelona: ISEP.
- Dr. Clavé Civit, Pere; Dra. García Peris, Pilar. (2011). *Guía de diagnóstico y de tratamiento nutricional y rehabilitador de la Disfagia Orofaríngea*. Barcelona: Editorial Glosa.
- Paniagua Monreal, Jaime; Susanibar Chávez, Franklin; Giménez Barriga, Paula; Murciego rubio, Patricia; Garcia Ezquerro, Raquel. (2019). *Disfagia: De la evidencia a la práctica clínica*. Giunti EOS.
- Salvador Borrás Sanchís (2005), *Guía para la reeducación de la deglución atípica y trastornos asociados*. Nau Llibres.
- Ruiz Brunner, M^a de las Mercedes; Escobar Zuluaga L., Johana; Cieri, M^a Elisabeth; Ayllón, Carolina y Cuestas, Eduardo. (2020). Revisión de literatura. *SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN PARA NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON PARÁLISIS CEREBRAL: SU USO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA*. Universidad Nacional de Córdoba.
- Sellers D, Mandy A, Pennington L, Hankins M, Carter M, Ford S, Pountney T, Morris C. (2014). *The Eating and Drinking Ability Classification System. EDACS*. Traducido al español por: Juan Ignacio Gómez Iruretagoyena, Fabiola Barrón Garza y María del Consuelo Ibarra Rodríguez.
- Oscar Humani Condori, (2014) *Desarrollo de las habilidades pragmáticas en la infancia*. Perú, Instituto Psicopedagógico.
- Sonia Mariscal Altares, (2008) *Los inicios de la comunicación y el lenguaje Psicología del desarrollo: desde el nacimiento a la primera infancia*, 129-157.
- Ignacio Wettling (2016) *Intenciones comunicativas tempranas: consideraciones para la evaluación*. Revista digital EOS, Perú. VOL7 (1) 42-55.
- Adán Fernández López, *Los hitos del desarrollo para la prevención de las necesidades educativas*.



#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:

