



## ***EVALUACION DE LA DISFAGIA EN EL NIÑO CON IMOC***

El Sistema Estomatognático identifica un conjunto de estructuras, tales como huesos, maxilar y mandíbula, articulaciones, dientes, varios músculos y ligamentos, lengua y labios, espacios orgánicos, mucosa, glándulas, vasos e nervios.

Tales estructuras actúan en conjunto controladas por el sistema nervioso realizando las funciones estomatognáticas: respiración, succión, masticación, deglución e habla.

De esta forma, es necesario conocer como se desarrollan las funciones alimenticia y respiratoria, ya que en la mayoría de los niños portadores de IMOC se presentan fallas o alteraciones. Esta área de trabajo sensorio-motor de el niño la vivencia de experiencias se hacen necesarias para una madurez funcional haciendo que se pase de etapas primitivas a etapas mas elaboradas de su desarrollo.

BOBATH describe a función del sistema nervoso central, con respecto a la conducta motora, como la de dar habilidad para mover y realizar actividades altamente especializadas manteniendo al mismo tiempo en una postura y equilibrio. Cada movimiento y cada cambio de postura produce una variación de relación del centro de gravedad del cuerpo con relación a la base de sustentación.

BOBATH cita HELD (1965) que afirma también que el sistema nervioso central del niño con IMOC tiene menos aptitud para lidiar con un influjo aferente, así no haya daño en el sistema sensorial y perceptivo. Ahora el niño puede conservar la habilidad para responder unitaria e integradamente, esta respuesta es frecuentemente estereotipada, por estar en corto circuito en las cadenas sinápticas de algunos patrones típicos de actividad refleja anormal. Las respuestas motoras del niño consisten principalmente en algunos reflejos tónicos y espinales, ahora puede ocurrir una u otra reacción de rectificación y equilibrio mas altamente integrada. Estas forman los patrones sensorio-motores anormales primarios que en su interacción determinan o rendimiento motor da niño, y que al niño altera y no le permite su adaptación en el desempeño da habilidades funcionales.

En el tratamiento de el niño con IMOC no trabajamos solamente la deficiencia motora, sino también la totalidad de las necesidades del niño y especialmente el establecimiento de una buena relación madre-hijo.

La intervención en un niño con IMOC involucra la solución de varios problemas. En este trabajo la cooperación de los padres es vital, porque solamente cuando los padres y los terapeutas trabajan juntos como un equipo, pueden ser dadas las



mejores oportunidades a un niño para el desarrollo de sus capacidades, cualquiera que sean las sus limitaciones.

Las técnicas de método Bobath son importantes para evaluar o individuo portador de IMOC, complementando el trabajo terapéutico de habla y lenguaje. El trabajo con los tonos musculares, órganos fonarticulatorios, reflejos patológicos, inhibiciones de posturas anormales, facilitaciones, técnicas propioceptivas se realizarán en un contexto donde se transmite afectividad.

En este proceso, el desarrollo del lenguaje está ocurriendo en la propia relación madre-hijo o terapeuta -niño. Entender el lenguaje del niño con IMOC es percibir el modo como se comunica como su medio, a pesar de su compromiso sensorio-motor. Esta percepción se puede ocurrir en las actividades más objetivas, como por ejemplo, en los momentos de alimentación. Es importante adecuar a postura de bebés durante a alimentación, porque probablemente, para su madre será más fácil relacionarse con él a esta hora, garantizando una comunicación más viable entre ambos.

Cuando los componentes de los procesos de desarrollo normal son realmente entendidos, se da la importancia que merece a la relación entre actividades prelingüísticas y desarrollo de la alimentación, así como la del habla y el lenguaje, se ve más clara.

El fonoaudiólogo debe comprender profundamente el proceso de deglución le permitirá diagnosticar precozmente a través de pequeños ensayos, los problemas de orden neurológico que se están iniciando, o simplemente ayudar a alimentarse de una forma simple y natural, volviendo las actividades más agradables.

El objetivo debe ser siempre el de brindar mejores condiciones de vida al paciente y, por tanto, cualquier modificación debe ser bastante incentivada.

## **VALORACIÓN**

### **Parte I**

#### *1) Estado de alerta*

– Observar el estado de alerta y atención del paciente para la deglución.

#### *2) Comprensión e expresión*

– Observar la comprensión del paciente en el contexto ambiental, la atención en el interlocutor, si sigue órdenes verbales simples y complejas y cual a forma de expresión (respiración; sistemas alternativos de comunicación; habla) es utilizada.

#### *3) Dieta*



a) Vía de alimentación:

– Vía oral, SNG, SNE, gastronomía, yeyunostomía, parenteral, si es parcial usted debe colocar a % de vía oral, consistencia e volumen de utensilios.

b) consistencia

– Especificar líquido, pastoso fino, pastoso grueso, sólido. Homogéneo o heterogéneo.

c) volumen

– Especificar el volumen que el niño acepta por deglución (investigando con cual volumen el deglute mejor).

d) Frecuencia

– Cuantas veces en el día es ofrecido y acepta el alimento

e) Refrigerios

– Cuanto tiempo el niño requiere para tomar un refrigerio (10-20-30-40-60-minutos; 1 hora e 30 minutos, etc.). El tiempo que a él le lleva es aceptable para que pueda ocurrir un intervalo razonable entre una refección y otra?

4) *Peso actual*

– Observar si la madre revisa el peso, si el niño viene ganando, perdiendo o si el peso está estabilizado. Recordando que el niño se encuentra en la fase de crecimiento

5) *utensilios utilizados*

– Biberón: Usa? Que tipo de pico? Aspiraciones en el acto de la succión?

– Líquidos: Qué usa el paciente para ingerir líquidos? (pajilla, chupón común, jeringa, mamadera (tipo de pico; tamaño del chupo, agarre, etc.).

– Pastoso: biberón (tipo de pico; tamaño del chupo), cuchara de metal o plástico (tamaño de la porción, sobremesa, sopa) etc.

– Sólidos: cuchara, agarra con la mano.

6) *Maniobras utilizadas*

– Preguntar a la madre lo que el hace, si hace alguna cosa que ayude el niño a no atragantarse. Por ejemplo: cambios de posición, cambios de utensilio, disminuir el volumen, tener en cuenta las consistencias con las cuales al niño le va mejor.

7) *Episodios de atragantamiento y sofocamiento*

– Preguntar a la madre cuándo y cómo ocurren y con que frecuencia.

8) *Postura no reposo*



- Observar espasticidad, movimientos involuntarios, interferencias de reflejos patológicos, se posee cadera adecuada. Se está nos la dio la madre: Como el o segura?

## **Parte II**

### *1) Auscultación cervical en reposo*

- Posibilidad de detectar la presencia de saliva y/o secreciones en vestíbulo laríngeo.

### *2) Oximetría en reposo*

- Verificar o nivel de saturación de oxígeno en la hemoglobina funcional.

### *3) Reflejos*

- Evaluar la presencia de reflejos patológicos o primitivos y la exacerbación de reflejos de defensa. Los reflejos de defensa exacerbados pueden ser causados por hipersensibilidad intra oral.

### *4) Sensibilidad*

- a) La sensibilidad ante el tacto y temperatura en la región facial e intra oral.
- b) Gusto: dulce (azúcar), salado (sal), ácido (gotas de limón), amargo (gotas de tes). Si el niño no responde, observamos señales como retirada ante el estímulo, expresiones de disconfort o placer.

### *5) Aspecto general de la musculatura*

- Si es hipertónica, hipotónica o normotónica.

### *6) Sialorrea*

- Cantidad, hora del día, frecuencia, se está asociada con horario de alimentación, medicamentos, etc.

### *7 y 8) Observar y describir la posición en reposo de labios e lengua e a movilidad de lengua e labios, mandíbula, paladar e mímica facial*

- Si el paciente no sigue órdenes verbales, el examinador debe observar la movilidad, solicitando en el paciente los movimientos. Debe también estimular estos movimientos y observar son eficientes, por ejemplo: Tocar a papila retroincisal y observar si el paciente eleva a lengua en dirección a esta región.

### *9) Describir si la persona es disártrica*

- Pues esto traerá imprecisión nos movimientos.

### *10) Describir si la persona es dispráxica*

- El paciente puede tener dispraxia de habla y/o de deglución.

### *11) Dentición*



– Describir la mordida, condiciones de higiene, uso de prótesis.

#### 12) *Tracto vocal*

– Evaluar el control de flujo aéreo, capacidad de aducción y vibración de las cuerdas vocales, calidad vocal en el habla posterior a la deglución y nasalidad investigando una incompetencia velo palatina o rinolalia cerrada. Con emisión de agudos o escalas melódicas (rasgos prosódicos), observar la vía a laringe.

#### 13) *Evaluación funcional*

– Observar todos las señales cuando el niño se está alimentando con todas las consistencias, volúmenes, utensilios y posición en la que se alimenta y registrar la ventilación de oxígeno durante esta evaluación.  
– Una desaturación puede ser una señal de aspiración, apnea prolongada, obstrucción, entre otros aspectos.

#### 14) *Recomendaciones necesarias*

#### 15) *Conducta*

– La evaluación Nasofibrolaringoscopia de la deglución, realizada por otorrinolaringólogo, y además que incluya:

#### *Parte I - Evaluación estructural e funcional*

El niño es colocado en posición semi-sedente (posición que facilita la deglución) y no utilizamos anestésico tópico, pues la inconformidad causada por el aparato es mínimo y debido a la alteración en la sensibilidad de la región faríngea podría ocurrirle caso de que el anestésico escurriese desde las fosas nasales a la rinofaringe. Se utiliza un fibroscopio con canal para aspiración y con deflexión superior e inferior.

El fibroscopio es introducido en la fosa nasal y analizamos los aspectos referentes a la mucosa y a los cornetes que podrían sugerir la presencia de obstrucción nasal y malestar respiratorio. En seguida, el aparato es llevado hasta la rinofaringe, para verificar la funcionalidad del esfínter velo faríngeo y del grado de obstrucción de la rinofaringe por la tonsila faríngea. La hipertrofia y la obstrucción nasal causada por esta obstrucción es muy frecuente en la población pediátrica y está íntimamente relacionada en el proceso de respiración/deglución.

Las tonsilas - amígdalas palatinas son observadas en relación en el grado de hipertrofia y obstrucción, siendo frecuente el síndrome de apnea obstructiva del sueño por hipertrofia de ese tejido linfóide (amígdalas faríngeas e palatinas).

El fibroscopio es llevado a la oro faringe y se observa la movilidad de la base de la lengua y de las paredes de la oro faringe e hipo faringe, también de la presencia en estas de saliva y/o secreciones en los recesos (vallesculas y recesos piriformes).



Se observa la laringe, principalmente en la oclusión glótica, en la movilidad de las cuerdas vocales, la presencia de secreción en el vestíbulo laríngeo y la región subglótica, caracterizando las señales del reflujo gastro-esofágico (úlceras en aritenoides, espesamiento del área retrocordal) y otras lesiones tróficas de la laringe.

*Parte II: Evaluación funcional de deglución*

Administramos cuatro consistencias estandarizadas, coloreadas con anilina (azul o verde) para contrastar con la saliva y/o secreciones del paciente. Las consistencias a evaluar y estandarizadas son: líquido (jugo de frutas), pastoso fino (yogurt), pastoso grueso (pudín) y sólido (bizcocho, queque o pastel), y diferentes contrastes en volúmenes crecientes de 1, 3 e 5 ml.

Los resultados observados son anotados, en cada consistencia e volumen, y así son analizados

– **Avance precoz del contraste hacia la faringe:** Consideramos esta situación cuando observamos a presencia del contraste en la faringe antes de ser desatado el reflejo de deglución, y la laringe también se encuentra en la posición de reposo.

– **Penetración laríngea:** Cuando observamos el contraste alimenticio en la fase laríngea de la epiglotis, bandas vestibulares y ventrículos, hasta el nivel de las cuerdas vocales.

– **Residuos después de la deglución:** caracterizado por la presencia de residuos alimenticios después de la tercera deglución. Importante localizar o ubicar el residuo.

– **Tos eficaz después a deglución:** Observamos en los casos de penetración laríngea o aspiración traqueal, y se valora como eficaz cuando a tos es capaz de eliminar o contraste para fuera del vestíbulo laríngeo.

– **Sensibilidad faríngeo-laríngea:** Evaluamos la sensibilidad en el final del examen, con la punta del fibroscopio en la epiglotis (fase laríngea) y en las paredes faríngeas.

## **INTERVENCIÓN FONOAUDIOLÓGICA**

Al llegar el momento de intervenir se debe tomar en cuenta:

1. Alteración de la musculatura oral.
2. Comportamiento reflejo inapropiado.
3. Inhabilidad para sostener el alimento durante a masticación por la ausencia de sellado labial e inadecuados movimientos de la lengua.



4. Retardo del disparo del reflejo de deglución.
5. Disfagia principalmente para líquidos, con señal de penetración laríngea.

Muchos pacientes con IMOC no tienen comprometida la fase oral de la deglución, mas en aquellas en que ocurre los síntomas, son graves y caracterizados por la incapacidad de controlar el alimento en la boca. Esto ocurre por dificultades para cerrar o sellar los labios, pérdida de reflejos orales, pérdida de movimientos de las partes anterior y dorsal de la lengua, dificultad para el movimiento palatino hasta la pared posterior de la faringe y pérdida de los movimientos de la pared posterior de la faringe. El compromiso de la fase oral es tan importante que los problemas en la faringe pueden ser poco percibidos.

La mayoría de los niños diagnosticados con IMOC presentan hipotonía como tono básico. Cuando el niño con hipotonía que tiene patrón extensor anormal intenta levantar y rodar la cabeza, el no va necesitar fijarse y, entonces utiliza los extensores de cabeza y los músculos extrínsecos de lengua para estabilizarse. Esto traerá como resultado hiperextensión anormal de cabeza-cuello y también retracción de lengua, lo que dificultará la alimentación del niño con IMOC. Si la lengua se retrae y el cuello se hiperextiende, el centro de gravedad del niño estará posteriorizado; con esto, las mejillas y los labios también irán para su parte posterior, apareciendo retracción y la mandíbula también lo hará.

En la presentación de líquidos o semi-sólidos, ocurrirá mayor extensión de cabeza y cuello. Para controlar el alimento en la cavidad oral, podrán aparecer movimientos orales compensatorios, tales como: protrusión de labios y mandíbula, reflejo de mordida, protrusión lingual anterior acompañada de apertura y protrusión labial. Puede ocurrir elevación compensatoria del hombro para reforzar la estabilidad de la cabeza y cuello, principalmente durante la deglución, pues es preciso estabilizar los hioides.

En la alimentación, los efectos de la rotación de la lengua y de la hiperextensión de cabeza y cuello son significativos para el desempeño de la musculatura oro facial.

Los problemas pueden surgir en la área de reflejo de succión y en la succión coordinada. La eficiencia de la succión podrá ser pobre, ocasionando un consumo nutricional pobre. La actividad pobre de las mejillas y labios y una limitación de los movimientos de lengua llevará a la pérdida de alimento de la boca. Habrá también incoordinación de la succión – deglución – respiración observada en episodios de bloqueos y tos durante la alimentación.

### ***SENSIBILIDAD ORAL TÁCTIL***



La hipersensibilidad o hiposensibilidad oral táctil, traerá un efecto negativo directo sobre el funcionamiento oromotor del niño y, con eso, será necesario incorporar actividades dentro del programa de intervención de actividades prelingüísticas que ayuden a modificar las respuestas para la estimulación orotáctil.

Los niños con tonos posturales anormal y movimientos anormales desarrollan una base de feedback sensorio-motor anormal que afecta directamente sus respuestas en el “input” táctil por el cuerpo entero. Esto restringirá sus experiencias sensorio motoras.

Esto requiere que la programación enfatice inicialmente el masaje para estimular un tono postural mas normal y un movimiento a través de la presentación de una estimulación táctil bien graduada. A medida que las respuestas iniciales normales para el “input” ocurran por el cuerpo, podemos enfatizar mas directamente a modificación de la estimulación táctil del rostro e en la región oral. Un toque firme en el cuerpo del niño y en el rostro con un paño o con muñecos de tela, o con las propias manos del niño, debe ser incorporado en conjunto con un masaje gradual y posicionamiento adecuado en una actividad de trabajo en casa. Inicialmente, en nuestro trabajo debemos usar la presentación de estímulos táctiles en la encía, dientes, lengua, paladar duro, con cepillo de dientes, si es posible en forma de arriba a abajo. La alimentación también puede ser usada para conseguir mejores respuestas táctiles en la boca y reducir o “reflejo de mordida”.

El funcionamiento oromotor para a alimentación, los juegos vocales y el habla son directamente influenciados por el feedback sensorial orotáctil que el niño recibe.

### ***FUNCIONAMIENTO OROMOTOR DURANTE A ALIMENTACIÓN***

Una vez que la base de control corporal postural haya sido conseguida, usándose masaje durante el tratamiento y el funcionamiento adecuado durante la alimentación, la atención puede ser dirigida directamente a la presentación de estímulos para la modificación del funcionamiento oromotor mas específico. Las modificaciones mas importantes que pueden ser hechas para movimientos orales, durante a alimentación, son diferentes texturas de alimentos, en la escogencia de utensilios y en la presentación de la comida.

Generalmente, líquidos y pures son los mas difíciles para portadores de disturbios neuromotores. Líquidos tipo yogurt son mas fáciles porque estos ofrecen mas informaciones sensoriales y, por eso, son mas fácilmente controlados.

La succión mas eficiente y la deglución pueden ser estimuladas a través del uso de harinas que espesan líquidos. Las gelatinas también son buenas en la deglución.



La introducción de sólidos (cinco a seis meses de edad) es extremadamente importante para la estimulación y favorecer la normalización de la sensibilidad orotáctil y, así, facilitaremos los movimientos de “morder-masticar”. Generalmente, los alimentos más compactos, como por ejemplo, galleta, queso, pan, son más fáciles para comenzar, desde que sean quebrados en pequeños pedazos e usados para masticar y amasar, pues serán bien mezclados con la saliva y, así, la deglución será fácil. Las uvas o ciruelas son más difíciles pues requieren que el niño coordine la masticación y el amasamiento, así como la habilidad de controlar dos texturas separadas dentro de la boca: la saliva y el sólido.

Cambiar el tipo de pico usado en el biberón podrá ayudar al niño a presentar un patrón de succión más eficiente. Si el hoyo del pico es aumentado para que el líquido fluya rápidamente, una succión anormal y una deglución anormal podrán aparecer. Un pico corto podrá no ofrecer una superficie que favorezca el cierre necesario para que la succión sea posible. Se deben usar diversos tipos de picos para observar, en el cambio o tamaño, formato o textura irán estimular movimientos orales más activos se a succión continua a ser pobre o aparecer a “mordida tónica”, a presentación de líquidos espesados a través de coger o del chupón puede ser introducida.

Es importante escoger una cuchara que quepa dentro de la boca del niño, sin lastimar en las encías o los dientes. La cuchara deberá ser rasa o suficiente para que el labio sea usado para remover la comida de la cuchara. Cucharas plásticas o con una capa de plástico no deben ser usadas cuando aparecen “mordidas tónicas”. Cuando introducimos líquido con el chupón, es mejor que sea de plástico y flexible, con una abertura pequeña, pues no habrá interferencia en el cierre labial. La parte de arriba del chupón puede ser cortada para que el líquido sea directamente dirigido a la boca, sin que el niño precise llevar la cabeza hacia atrás en hipertensión.

Los efectos positivos del posicionamiento apropiado, del masaje, del uso apropiado de textura de los alimentos y los utensilios pueden ser eliminados se a presentación de la comida y del líquido ya es un estímulo excesivo para el niño. El alimentador debe posicionarse discretamente abajo del nivel de los ojos del niño, para evitar la hipertensión de la cabeza y el cuello. Utensilios deben ser presentados y removidos discretamente abajo del nivel de la boca del niño, de una manera graduada, para que la estimulación visual no sea inhibitoria de la actividad normal. Masaje activo, posicionamiento apropiado, normalización de la sensibilidad orotáctil, modificación de texturas alimentares, uso adecuado de utensilios y presentación graduada de comida son esenciales para la programación en la intervención de las actividades prelingüísticas y alimentación.

El disparo del reflejo inicia un número de acciones motoras simultáneas:



- elevación del paladar blando para cierre de la laringe, a fin de proteger as vías aéreas;
- contracción dos constrictores faríngeos para iniciar o peristaltismo;
- relajación del músculo cricofaríngeo en la entrada del esófago para evitar que el bolo pase fácilmente para el esófago.

Si el reflejo no es disparado, el material retornará a la base de la lengua y se depositará en el receso faríngeo, incluyendo la vallecula y el seno piriforme y/o será llevado en las vías aéreas, que las dejan abiertas o el “disparo” del reflejo.

### **TRATAMIENTO E REHABILITACIÓN DE LAS DISFAGIAS**

Alteraciones en el manejo neurológico.

EL tratamiento sigue tres niveles:

1. Clínico Medicamentoso. El efecto de las drogas es considerable en cada sección del sistema funcional de deglución.

2. Quirúrgico Gastrostomía, separación de la laringe-traquea, laringectomía, miotomía del cricofaríngeo, epiglotorrafia y las tireoplastias. Estas conductas son tomadas a partir de un análisis interdisciplinario con los profesionales relacionados, el paciente y la familia.

3. Recuperación Fonoaudiológica

Se trata de una reeducación en tres niveles:

a. Rehabilitación propiamente dicha, utilizandose técnicas pasivas para el paciente con alteración cognitivo o no colaboradores; evitando el desarrollo de hipersensibilidad oral y reacciones patológicas (efecto patológico), estimulando también los reflejos de protección (tos e vómito) y deglución, evitando a aspiración de saliva y preparando para el retorno de la alimentación por vía oral.

Las técnicas activas son aquellas para o trabajo de la deglución con saliva y alimentos en diferentes consistencias, volúmenes, temperaturas y sabores. Para pacientes con perdidas estructurales o funcionales importantes, se trabaja con posturas compensatorias.

b. tratamiento junto al equipo de nutrición, paciente y la familia para pacientes con patologías progresivas.

Actualmente, también se discute como elaborar un programa de actuación con el paciente disfágico en hospitales y otras instituciones.

**CONSIDERACIONES IMPORTANTES SOBRE A REHABILITACIÓN DE LAS DISFAGIAS.**



La escogencia de técnica de rehabilitación adecuada dependerá del estado cognitivo del paciente, del grado de disfagia, de la fase(s) afectada(s) y del tiempo del inicio de la patología. La rehabilitación puede comenzar si es que el paciente se encuentra clínicamente estable y que el poco gasto energético durante la terapia no afecte su estado general.

Dividimos en técnicas pasivas, para el paciente con alteración cognitiva o no colaborador; y activas, para los que pueden cooperar en la realización de ejercicios. Las técnicas activas están divididas en: indirectas o trabajo de deglución apenas con saliva; y directas o trabajo de vía oral con alimentos en diferentes consistencias, volúmenes, temperaturas e sabores.

### 1. TÉCNICAS PASIVAS

El tratamiento pasivo puede ser iniciado tan pronto se inicie la nutrición por sondas. Esto evita el desarrollo de hipersensibilidad oral y reacciones orales adversas.

Las técnicas pasivas son:

- a) adecuación de los tonos musculares general e oro facial;
- b) estimulación sensorial digital;
- c) estimulación táctil cinestésica.

*a. Adecuación del tono muscular general y oro facial* se debe iniciar la terapia posicionando al paciente de forma tal que permita balancear los componentes musculares flexores y extensores, inhibiendo el patrón postural inadecuado. Iniciar, reclinando al paciente a 60 grados siempre que sea posible, dando apoyo en la nalga. La técnica consiste en estabilizar los tonos del tronco y así adecuar cuello, hombros y extremidades. Realizar la liberación cervical a través de movimientos de rotación lateral de cabeza y, en seguida, estimular la región oro facial a través de técnicas de alargamiento y vibración.

*b. Estimulación sensorial digital* Inicialmente descrita por Müller, esta técnica fue adaptada para su utilización en adultos con alteraciones de reflejos, de sensibilidad y de tono. Para el paciente con hiperreflejos estas alteraciones, sugieren toques firmes, rápidos y cortos, de una a dos veces en la encía, lengua y paladar. Para el paciente con disminución de reflejos, de sensibilidad y de tono, se debe llegar a tres toques suaves, lentos y amplios. Es importante resaltar que, muchas veces, ocurren oscilaciones de tono y sensibilidad, quedando en el terapeuta escoger las técnicas, adecuándolas a su paciente.

#### *c. Estimulación táctil cinestésica*

Se pretende con esta técnica, liberar o disminuir de arcada e inhibir los reflejos patológicos como: mordida y reflejo tónico cervical asimétrico (RTCA). Descrita por Rausch ("stroking"), esta técnica consiste en realizar toques rítmicos e firmes



con los dedos en la lengua y en la cara, iniciando por las mejillas, siguiendo en dirección en al mentón y, cuando es tolerado, en los labios.

## 2. TÉCNICAS ACTIVAS INDIRECTAS

Estas técnicas son indicadas para pacientes con riesgo de aspiración y en aquellos traqueostomizados, e incluyen: a) técnicas de resistencia y aumento de fuerza de órganos fono articularios (O.F.A.); b) posicionamiento controlado del bolo alimenticio en cavidad oral; c) aumento de movilidad laríngea; d) aducción de cuerdas vocales; e) estimulación térmica.

El trabajo es realizado con saliva. cuando haga *cuff*, este debe ser desinsuflado al máximo posible durante la terapia, y debe ser solicitada con permiso del clínico para los ejercicios de esfuerzo. Esta estimulación tiene duración media de 10 minutos, y depende de la tolerancia del paciente a los ejercicios de esfuerzo.

### *a. Técnicas de resistencia e aumento de fuerza de O.F.A*

Son realizadas con guías especiales, aba de chupeta ortodóntica o espátulas. Se solicita al paciente empujar la espátula o guía con la punta y/o dorso da lengua, empujar la chupeta con la aba enteramente colocada en vestíbulo bucal y aspirar voluntariamente la chupeta ortodóntica, en cuanto se imprime una fuerza contraria. Estos ejercicios llevan a aumentar los tonos bucal e lingual para evitar o escape de alimento da cavidad oral y auxiliar en la propulsión del bolo alimenticio.

### *b. Posicionamiento controlado del bolo alimentar en la cavidad oral*

estos ejercicios llevan a dar seguridad en el paciente en la propulsión del bolo. Se coloca una goma o sostén de 1,50 cm, o un pedazo de alimento semisólido en gasa, dejando parte de esta para fuera da boca para permitir o posicionamiento del bolo en el lado no afectado de la cavidad oral, y retirarlo antes que caiga en la hipo faringe.

### *c. Aumento da movilidad laríngea*

Estos ejercicios llevan a ampliar la elevación laríngea y, consecuentemente, relajar el segmento faringo-esofágico. son utilizadas técnicas de rehabilitación vocal tales como: variación de tonalidad, voz en falsete y producción del fonema /b/ de forma prolongada. Logemann describe técnicas de *deglución con esfuerzo* (donde o paciente va mantener voluntariamente la laringe en posición elevada en el momento de la deglución por algunos segundos), *maniobra supra-glótica* (se solicita al paciente interrumpir a respiración, deglutir, espirar y finalmente toser), *maniobra super supra-glótica* (combinación das dos técnicas anteriores), *maniobra de Mendelson* (mantenimiento de la posición elevada de la laringe en el momento da deglución con compresión digital).

### *d. ejercicios de aducción das cuerdas vocales*



Son ejercicios de empuje descritos inicialmente por Froechels, y llevan a mejorar a aducción de cuerdas vocales para proteger a vía aérea. Se solicita en el paciente empujar la mano del terapeuta a la pared con las manos (o con una mano, en el caso de hemiparesia), con a cabeza virada para o lado afectado e emitir un sonido prolongado. Se puede utilizar también técnicas de fonación forzada.

*e. Estimulación térmica*

Esta es realizada con el objetivo de adecuar el tiempo de disparo del reflejo de deglución. Para eso, se estimulan los pilares amigdalinos anteriores con el espejo de un espejo laríngeo (nº 00) colocado en contacto con agua helada. Los estímulos deben ser rápidos y leves, alternandose los lados. En seguida, se solicita al paciente deglutir. Se puede aumentar en esta técnica el uso de una pequeña cantidad de líquido helado o hielo picado con colorante, revisando si se aumenta la sensibilidad de la región de los pilares y propiciar el disparo del reflejo.

### 3. TÉCNICAS ACTIVAS DIRECTAS

Es la reintroducción de la alimentación por vía oral propiamente dicha, se debe orientar por el fonoaudiólogo.

La reintroducción de la vía oral inicialmente es realizada durante a terapia fonoaudiológica y con alimento pastoso. Son utilizadas maniobras para facilitar la deglución, impedir pasaje de alimento para las vía aéreas y limpieza de los recesos faríngeos. Dentro esas maniobras, podemos destacar:

*a) Cabeza girada para o lado afectado:* se solicita en el paciente deglutir con la cabeza girada para el lado afectado en el momento de la deglución, direccinando el alimento hacia la pared faríngea no afectada;

*b) Cuello inclinado para bajo:* se busca una protección mecánica de la vía aérea, con la epiglotis reposando sobre las cuerdas ariepiglóticas;

*c) Valsalva modificada:* se solicita en el paciente inflar las mejillas con la cabeza inclinada levemente para atrás y soplar suavemente, observando la limpieza de los senos piriformes;

*d) Succión controlada de líquidos:* a través de pajilla o gasa embebida en líquido, se solicita en el paciente aspirar, en cuanto se controla-el volumen a ser ingerido;

*e) Higiene da cavidad oral:* en el final de la estimulación, se debe limpiar los residuos en surcos labiales anterior e laterales (principalmente del lado afectado), paladar y lengua, para evitar penetración silenciosa en las vías aéreas.