

BOLETIN DE NOVEDADES

del Servicio de Documentación



Nº 35, NOVIEMBRE 2013

VISITA DELEGACIÓN CHINA AL CEADAC



13 de Noviembre
2013



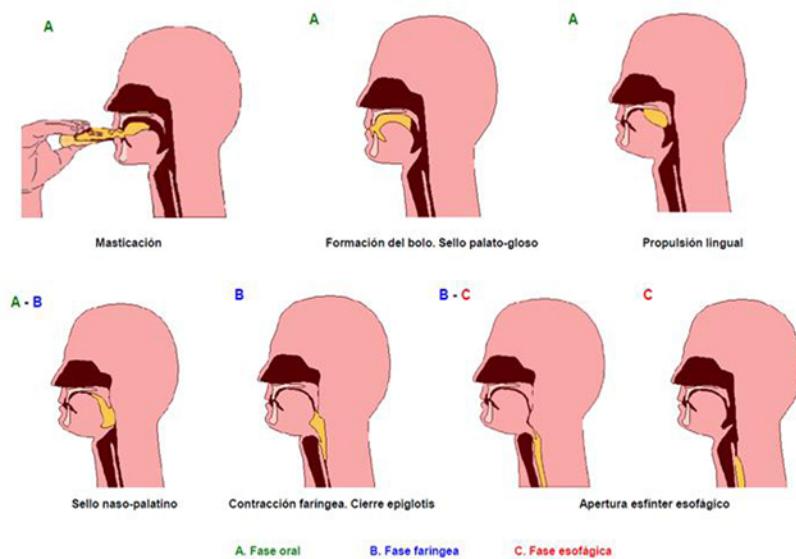
Vivian Yuan, Supervisora SCA

You Hong, Director General de la Federación de Personas con Discapacidad



DISFAGIA Y DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO

La disfagia se define como un "trastorno de la deglución caracterizado por una dificultad en la preparación oral del bolo o en el desplazamiento del alimento desde la boca hasta el estómago". Puede ocurrir ante sustancias de diversas consistencias o incluso con la propia saliva. Hablamos de disfagia neurógena cuando el trastorno de la deglución aparece en el contexto de una lesión del sistema nervioso, que ocasiona déficits neurológicos y/o neuromusculares. Estos déficits conllevan una alteración en la secuencia coordinada de eventos que permiten una deglución segura y eficaz y, por tanto, es un síntoma frecuente en personas que han sufrido un daño cerebral.



Los signos de alarma que nos hacen sospechar que un paciente puede presentar una alteración en la deglución son:

- Alteraciones del nivel de conciencia.
- Alteraciones motoras o sensitivas.
- Alteraciones de la articulación del lenguaje.
- Cambios en la voz (disfonía en forma de voz soplada, ronca o voz nasal). La voz húmeda es indicativa de secreciones en la glotis, con probable penetración y aspiración de las mismas.



- Negativa a comer o beber.
- Rechazo a determinados alimentos.
- Miedo a comer sólo.
- Dificultad o lentitud en la masticación.
- Babeo.
- Tos o atragantamiento al comer, o inmediatamente después, con todas o con alguna consistencia (probable aspiración).
- Neumonía.
- Aumento del tiempo empleado para la ingesta.
- Pérdida de peso inexplicable (desnutrición y deshidratación).
- Dificultad o lentitud en la masticación.
- Presencia de residuos alimenticios en la boca.
- Dolor o sensación de obstrucción durante la deglución.
- Dificultades para hacer progresar el bolo por la faringe, o sensación de residuos en la garganta, con necesidad de realizar varias degluciones. Todos ellos son síntomas de hipomotilidad faríngea.
- Regurgitación del alimento hacia la nariz o la boca.
- Reflujo gastroesofágico.
- Dolor torácico (en la zona retroesternal).
- Dificultad para la formación de un bolo compacto y homogéneo y el manejo de la comida en la boca.
- Deglución fraccionada.
- Carraspeo.
- Pérdida de peso progresiva. Signos de desnutrición y deshidratación.
- Ardor faríngeo o retroesternal.
- Picos febriles de etiología no filiada.
- Infecciones respiratorias de repetición.

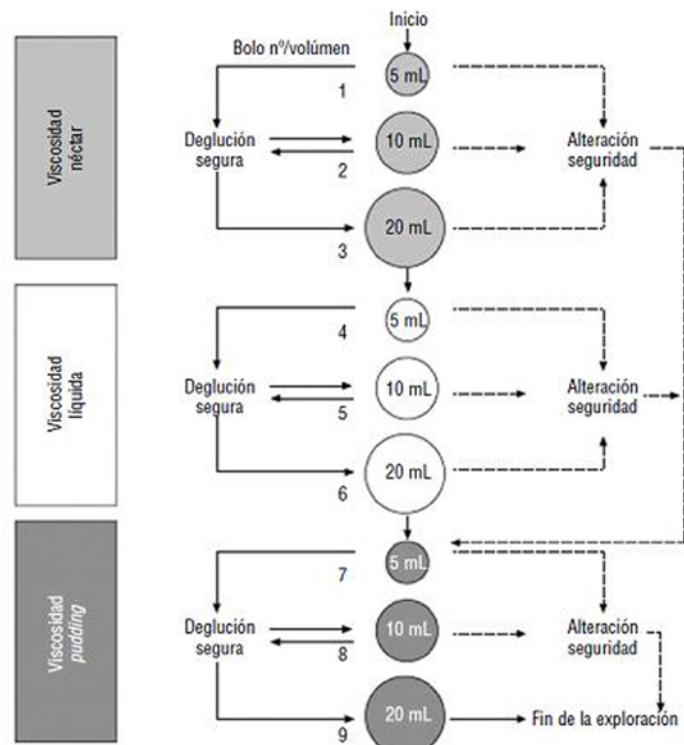
El diagnóstico de las alteraciones de la deglución se realiza mediante la evaluación clínica y la evaluación instrumental del paciente.

La evaluación clínica incluye una historia médica, un estudio de la función motora oral y faríngea, una exploración de la sensibilidad orofaríngea y de los reflejos velopalatino y deglutorio y de la presencia de tos voluntaria, además de una evaluación del estado cognitivo. También se debe evaluar el control postural y la fatigabilidad, así como la presencia de disartria y parálisis facial.

Además, se realiza un test con diferentes texturas como "El método de exploración clínica volumen viscosidad MECV V". A través de él se observa si hay presencia de apraxia de la deglución, residuos orales, tos o carraspeo al tragar, elevación laríngea reducida, voz húmeda o



degluciones múltiples para un mismo bolo.



Secuencia de realización del método de exploración Clínica Volumen-viscosidad (MECV-V), según Clavé P.

La finalidad de esta evaluación consiste no sólo en establecer el tipo de alteración de la deglución y causa de la misma, sino también en determinar la seguridad de la deglución, posibilidad de realizar alimentación oral, si se precisan modificaciones dietéticas o recomendar otros métodos de alimentación y valorar la necesidad de realizar otras pruebas diagnósticas.

La evaluación instrumental se realiza fundamentalmente a través de tres técnicas que estudian el funcionamiento de la deglución. Son la videofluoroscopia de la deglución (VFD), la fibrolaringoscopia y la manometría faringoesofágica.

Una vez diagnosticados los déficits se interviene por medio de las técnicas de tratamiento, las cuales tienen como objetivo conseguir una alimentación oral con una deglución segura mientras se mantiene una hidratación y nutrición adecuadas, así como eliminar las aspiraciones y los residuos orales o faríngeos.

En la mayoría de los casos y mientras la rehabilitación se está llevando a cabo, e incluso cuando ésta se da por finalizada, hay que hacer modificaciones alimentarias. La consistencia y volumen del bolo de alimento se debe adaptar según la alteración que presente el paciente.



paciente. En general los alimentos deben tener una consistencia homogénea, evitando las dobles texturas. Los espesantes se utilizan para aumentar la densidad de los líquidos en pacientes con riesgo de aspiración.

ALIMENTOS CON TEXTURAS DIFÍCILES O DE RIESGO	
Dobles texturas	mezclas de líquido y sólido: sopas con pasta, verduras, carne o pescado, cereales con leche o muesli, yogures con trozos
Alimentos pegajosos	bollería, chocolate, miel, caramelos masticables, plátano, pan
Alimentos resbaladizos que se dispersan por la boca	guisantes, arroz; legumbres enteras (lentejas, garbanzos), pasta
Alimentos que desprenden agua al morderse	melón, sandía, naranja, pera de agua
Alimentos que pueden fundirse de sólido a líquido en la boca	helados o gelatinas de baja estabilidad
Alimentos fibrosos	piña, lechuga, apio, espárragos
Alimentos con	pieles grumos, huesecitos, tendones y cartílagos, pescados con espinas
Alimentos con pieles o semillas	las frutas y vegetales que incluyen piel y/o semillas (mandarina, uvas, tomate, guisante, soja)
Alimentos crujientes y secos o que se desmenuzan en la boca	tostadas y biscotes, galletas, patatas tipo chips y productos similares, queso seco, pan
Alimentos duros y secos	pan de cereales; frutos secos

Si se siguen las pautas recomendadas el paciente estará bien nutrido e hidratado y, lo que es fundamental, a salvo de complicaciones respiratorias que en ocasiones pueden entrañar riesgo vital.

Teresa Sánchez
Logopeda del Ceadac

» REVISTAS

Archives of Physical Medicine and Rehabilitation

Vol. 94 N° 9 – Septiembre 2013

Vol. 94 N° 10 – Octubre 2013

Brain Injury

Vol. 27 N° 11 – Octubre 2013

Vol. 27 N° 12 – Noviembre 2013

Gait & Posture

Vol. 38 N° 5 – Octubre 2013

Neuropsychological Rehabilitation

Vol. 23 N° 5 – Octubre 2013

Neurorehabilitation & Neural Repair

Vol. 27 N° 8 – Octubre 2013

The Journal of Head Trauma Rehabilitation

Vol. 28 N° 5 – Septiembre/Octubre 2013

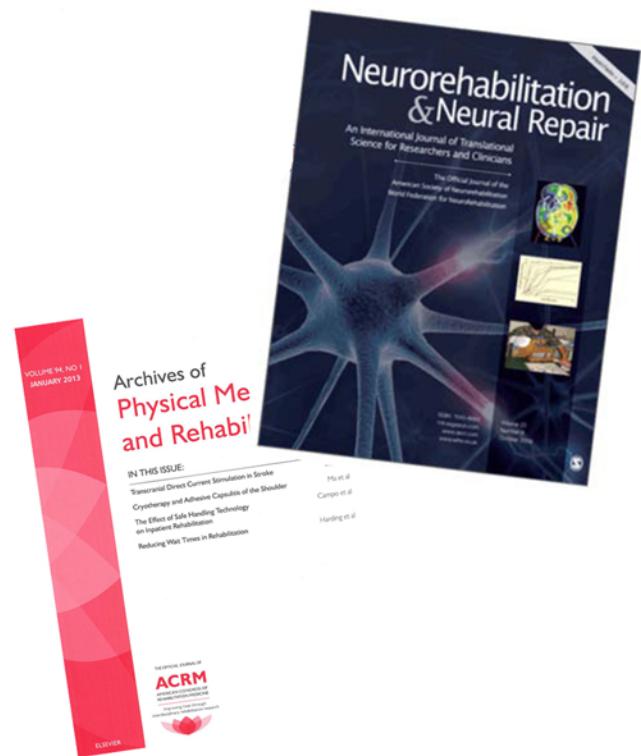
OTRAS REVISTAS

60 y más

N° 323 2013

Autonomía Personal

N° 10 – Octubre 2013



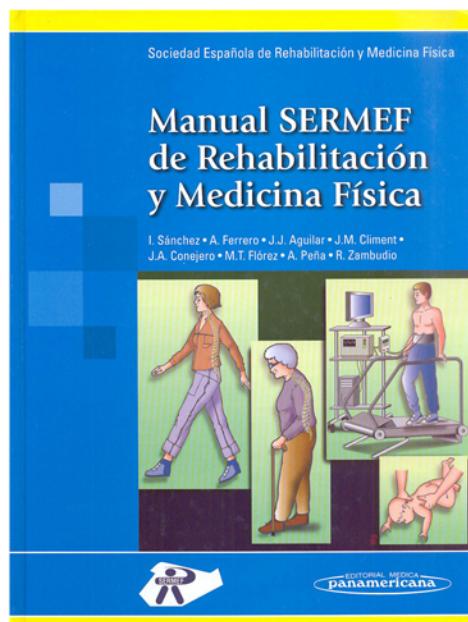
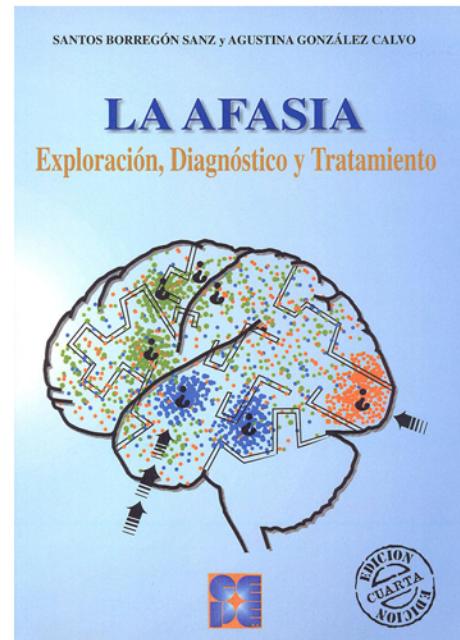
»LIBROS

La afasia. Exploración, diagnóstico y tratamiento

Santos Borregón Sanza y Agustina González Calvo.

Ed. Ciencias de la Educación Preescolar y Especial, 2009.

"La obra que presentamos, es una obra eminentemente práctica. Muestra la exploración y evaluación a las que ha sido sometido, el estado en que se encuentra, así como ofrecer las indicaciones necesarias que deben seguirse para una correcta recuperación".



Neuropsicología. A través de casos clínicos

SERMEF Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física

Ed. Editorial Médica Panamericana, 2006.

Más información: <http://bit.ly/1eF9ml9>

" El Manual SERMEF de Rehabilitación y Medicina Física tiene como objetivo exponer los principales conocimientos sobre la especialidad, para orientar y enriquecer al lector en el desarrollo de su tarea académica y asistencial.

» EVENTOS

CURSO DE FORMACIÓN CONTINUADA EN NEUROPSICOLOGÍA CLÍNICA

14 y 21 de diciembre 2013 en Madrid

Organiza: Fundación Pita López

Lugar de celebración: Ceadac. C/ Río Bullaque, nº 1

Más información e inscripciones: <http://bit.ly/YDSuGE>

CURSO INICIAL KINAESTHETICS

13 y 14 de diciembre, 7 y 8 de febrero 2013 en Zaragoza

Organiza: Ineava Neurorrehabilitación Zaragoza

Lugar de celebración: Instalaciones INEAVA. C/ Principado de Morea 10. Zaragoza.

Más información e inscripciones: <http://bit.ly/1bu8IOM>

CURSO SOBRE SISTEMAS AUMENTATIVOS Y ALTERNATIVOS DE COMUNICACIÓN

13 y 14 de diciembre 2013 en Madrid

Organiza: Asociación Infortea

Lugar de celebración: Aula "Azca" de Forum Business Center

Más información e inscripciones: <http://www.infortea.com/cursosaac.html>

CURSO CURSO BÁSICO DE VENDAJE NEUROMUSCULAR

13 de diciembre en Guadalajara

Organiza: Colegio Profesional de Fisioterapeutas de Castilla-La Mancha

Lugar de celebración: Hospital Universitario de Guadalajara. C/ Donante de Sangre S/N

Más información e inscripciones: <http://bit.ly/1bu9Ge1>



Grupo de Neurobiología del Instituto de Biomedicina de la Universidad de León (IBIOMED).

Disponible en: <http://bit.ly/1iWMk2i>

Consultado el 28 de noviembre de 2013

Grupo de Neurobiología. Universidad de León. España

Página de divulgación sobre el ictus.

Tamaño de la Fuente [Mayor](#) [Reajustar](#) [Menor](#)

El coste del ictus

Menú Principal

- [El coste del ictus](#)
- [Factores de riesgo](#)
- [¿Qué es el ictus?](#)
- [Síntomas de un accidente cerebrovascular](#)
- [Algunos consejos para prevenir el ictus](#)
- [Ensayos clínicos](#)
- [Noticias](#)
- [Publicaciones](#)

El coste del ictus

En los países industrializados el ictus es la primera causa de muerte en mujeres y la segunda en varones. En España ocurren 120.000 - 130.000 casos cada año y más de la mitad de los pacientes quedan discapacitados o fallecen. El ictus es la primera causa de invalidez permanente en adultos y la segunda causa de demencia. En la tabla siguiente se precisan un poco más estos datos.

Edad en años	Mortalidad total 2010		Mortalidad por accidente cerebrovascular 2010		Mortalidad total 2011		Mortalidad por accidente cerebrovascular 2011	
	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones
40-44	1541	3117	49	72	1533	2926	50	81
45-49	2330	4936	100	155	2359	4741	99	134
50-54	3161	7128	127	233	3370	7152	122	227
55-59	3950	9130	162	309	4001	9152	130	304
60-64	4017	12382	216	419	4164	12611	221	444

“La página web incluye no solo información detallada sobre qué es el ictus, también los síntomas de un accidente cerebrovascular (ACV), los factores de riesgo, consejos para prevenir el ictus, el coste económico de la enfermedad o los ensayos clínicos más relevantes que se están llevando a cabo. Todo ello de forma divulgativa pero fundamentada científicamente con numerosa bibliografía. Uno de los apartados más interesantes es el de colaboraciones, en el que expertos de diversas áreas exponen aspectos de actualidad relativos al ictus.”.

Feasibility of gaming console exercise and its effect on endurance, gait and balance in people with an acquired brain injury

Nelson J. McClanahan, Janelle Gesch, Nampech Wuthapanich, Jennifer Fleming & Suzanne S. Kuys. *Brain Injury* 2013; 27(12): 1402–1408

Abstract

Objective: To determine feasibility of gaming console exercise and its effect on endurance, gait and balance in people following acquired brain injury (ABI).

Method: Twenty-one people following ABI were recruited to an 8-week randomized cross-over trial where 4 weeks of gaming console exercise in addition to usual therapy and 4 weeks of usual therapy alone were received. Feasibility measures included compliance, session duration and adverse events. Measures included endurance measured using a 6-minute walk test, spatiotemporal gait parameters (GAITRite) and balance using Balance Outcome Measure for Elder Rehabilitation (BOOMER). Motivation was measured using the Change Assessment Questionnaire.

Results: Compliance with gaming console exercise was high (99%), the majority of sessions reached duration target (82%) and there were no adverse events. There were small, though non-significant increases in 6-minute walk distance (18 metres, 95% CI ¼ 33 to 69), gait speed (0.11 m s⁻¹, 95% CI ¼ 0.18 to 0.29) and balance compared to after usual therapy after gaming console exercise.

Conclusions: Gaming console exercise appears feasible in people with ABI. Four weeks of gaming console exercise in addition to usual therapy appears to result in similar improvements in endurance, gait and balance compared to usual therapy alone and may enhance active engagement in therapy.

Keywords: Brain injury, rehabilitation, virtual reality, Wii-Fit.

Viabilidad del ejercicio con juegos de videoconsolas y sus efectos sobre la resistencia, la marcha y el equilibrio en las personas con una lesión cerebral adquirida

Nelson J. McClanachan, Janelle Gesch, Nampech Wuthapanich, Jennifer Fleming & Suzanne S. Kuys. **Brain Injury 2013; 27(12): 1402-1408**

Resumen

Objetivo: Determinar la viabilidad del ejercicio con juegos de videoconsola y sus efectos sobre la resistencia, la marcha y el equilibrio en las personas después de una lesión cerebral adquirida (ABI).

Método: Se incluyeron veintiuna personas tras ABI para un ensayo clínico aleatorizado , de 8 semanas de duración . Recibieron 4 semanas de ejercicio con juegos de videoconsola además de la terapia habitual y 4 semanas solo con tratamiento habitual. Como medidas de viabilidad se incluyeron la conformidad, duración de las sesiones y los eventos adversos. Otras mediciones incluyeron la medida de resistencia, usando el test de caminar 6 minutos, los parámetros espacio-temporales de la marcha (GAITRite) y el equilibrio mediante la escala Balance Outcome Measure for Elder Rehabilitation (BOOMER). La motivación se midió utilizando el Change Assessment Questionnaire.

Resultados: La conformidad con el ejercicio con juegos de videoconsola fue alta (99%), la mayoría de las sesiones alcanzaron el objetivo de duración (82%) y no hubo eventos adversos. Hubo pequeños incrementos, aunque no significativos, en la distancia recorrida en 6 minutos , la velocidad de la marcha y el equilibrio después de los juegos de videoconsola.en comparación con el tratamiento habitual

Conclusiones: El ejercicio con juegos de videoconsola parece factible en personas con ABI. Cuatro semanas de ejercicio con juegos de videoconsola, además de la terapia habitual, parece tener mejoras similares en la resistencia, la marcha y el equilibrio en compa-



ración con el tratamiento habitual solo y puede potenciar la participación activa en la terapia.

Palabras clave: lesión cerebral, rehabilitación, realidad virtual, Wii-Fit.



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

SECRETARÍA DE ESTADO
DE SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD



**CENTRO
DE REFERENCIA
ESTATAL DE
ATENCIÓN AL
DAÑO CEREBRAL**

Contacta con el Centro de Recursos

► www.ceadac.es

► www.facebook.com/ceadac

► www.twitter.com/CreCeadac

► centro.recursos@ceadac.es

