

Trabajo Fin de Grado

Curso 2015/2016



Universidad de
Valladolid

Facultad de Enfermería

GRADO EN ENFERMERÍA

“DISFAGIA POST-ICTUS: GUÍA RÁPIDA PARA TU DÍA A DÍA.” A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autora: BEATRIZ DEL OLMO GARCÍA.

Tutora: LUCÍA PÉREZ PÉREZ.



RESUMEN

La disfagia es una de las complicaciones más frecuentes tras un Ictus, esta patología presenta una alta prevalencia en nuestra sociedad, con un previsible aumento en los próximos años debido, entre otros factores, al envejecimiento de la población. La disfagia ensombrece el pronóstico y empeora la calidad de vida de estos pacientes. Entre las diferentes medidas de tratamiento de la disfagia, se encuentran las modificaciones de la dieta, en textura, viscosidad y volumen, así como medidas rehabilitadoras que incluyen el incremento sensorial y estrategias posturales. Para un abordaje exitoso, todas estas medidas requieren de la implicación e intervención activa del paciente y/o su entorno, para lo cual es imprescindible que el sujeto se encuentre informado. El objetivo de este trabajo es crear un material educativo para estos pacientes y sus familiares. Partiendo del estudio de un caso clínico y la búsqueda bibliográfica sobre clínica, diagnóstico, tratamiento y cuidados en esta alteración, se ha elaborado una guía rápida. Guía que informa sobre la patología y su manejo de forma sencilla, directa y atractiva, e incluye algunos procedimientos a realizar para solucionar problemas que aparecen en el día a día de estos pacientes, con el objetivo de mejorar así la calidad de vida de las personas a las que va dirigida.

Palabras clave: Disfagia, Ictus, Educación, Guía.



ABSTRACT

Dysphagia is one of the most common complications after a stroke, pathology with a high prevalence in our society with a likely increase in the coming years due to, among other factors, the aging of the population. Dysphagia poors prognosis and worsens the quality of life of these patients. Among the various measures of treatment of dysphagia, are the dietary changes in texture, viscosity and volume, as well as rehabilitative measures including increased sensory and postural strategies. For a successful approach, all these measures require the involvement and active participation of the patient and / or their environment, for which it is imperative that the subject had been informed. The aim of this work is to create an educational material for these patients and their families. Based on the study of a clinical case and literature search on symptoms, diagnosis, treatment and care in this alteration, it has developed a quick guide. Guide reporting on the pathology and management in a simple, direct and attractive way, and includes some procedures to be done to solve problems that arise in the daily life of these patients, with the aim to improve the quality of life of people to which it is addressed.

Key words: Dysphagia, Stroke, Education, Guide.



ABREVIATURAS:

- **ECV:** Enfermedad Cerebrovascular.
- **HCUV:** Hospital Clínico Universitario de Valladolid.
- **MECV-V:** Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad.
- **SNS:** Sistema Nacional de Salud.
- **m PA.s:** Milipascal seconds (Unidad internacional de la viscosidad).



ÍNDICE

1.- INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN	1
2.- OBJETIVOS	5
3.- METODOLOGÍA	6
4.- DESARROLLO	9
4.1.- FISIOPATOLOGÍA DE LA DISFAGIA POST-ICTUS	9
4.2.- CRIBAJE DE LA DISFAGIA EN EL ICTUS.	10
4.3.- MANEJO DE LA DISFAGIA TRAS ECV: CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y RECOMENDACIONES.	11
4.4.- ELABORACIÓN DE GUÍA RÁPIDA PARA PACIENTES CON DISFAGIA POST-ICTUS.	17
5.- DISCUSIÓN E IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA.	19
6.- CONCLUSIONES	21
7.- BIBLIOGRAFÍA	22
8.- ANEXOS	25



1.- INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

Se denomina Ictus a aquellas enfermedades cerebrovasculares (ECV) de manifestación brusca, que generan alteraciones encefálicas como consecuencia de un trastorno en la circulación cerebral (isquémico o hemorrágico)¹.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Ictus constituye la segunda causa de muerte en el mundo, siendo la primera causa de mortalidad en mujeres².

En España esta patología fue la responsable del 7.14% de las defunciones totales según el INE (Instituto Nacional de Estadística) en 2013³.

Esta tendencia, previsiblemente irá en aumento debido al envejecimiento de la población, al estar las ECV intrínsecamente relacionadas con la edad⁴.

Destacar que el Ictus representa la primera causa de invalidez y la segunda de demencia en la población adulta. Calculándose que el 44% de los pacientes que sobreviven al Ictus quedan con una dependencia funcional, por las diferentes consecuencias de la ECV⁵. Lo que supone un gran problema de salud pública, como corroboran los datos epidemiológicos.

El porcentaje de pacientes que sufren secuelas y complicaciones post-ictus se estima en un 90%. La gravedad y el tipo de las mismas vienen determinadas por la zona encefálica que se vea afectada y por la aplicación o no de un tratamiento precoz⁵.

Entre la gran variedad de secuelas que sufren estos pacientes, la disfagia representa una de las más frecuentes¹.

Se denomina disfagia a la “alteración en la deglución, caracterizada por la dificultad de mover el bolo alimenticio de manera segura desde la boca al estómago sin que aparezca signos de aspiración⁶”. Lo que significa que la deglución está comprometida en alguna de sus cuatro fases (preparación, oral, faríngea y/o esofágica)^{7,8}.



Diferentes estudios epidemiológicos, muestran una alta prevalencia de la disfagia post-ictus, entre el 22-80%⁷⁻⁹. La variación de los porcentajes se justifica porque la presencia de disfagia varía en función de la zona y tamaño del infarto o hemorragia cerebral⁸.

Un estudio realizado en 2014 por el Departamento de Enfermería de la *Fundación Instituto San José* de Madrid, comprobó que el porcentaje de pacientes con diagnóstico de disfagia era mayor en trastornos neurológicos severos (64,5%) que en trastornos moderados (31,2%), también, en este estudio, se relacionó el nivel de dependencia del paciente, siendo el 82,5% de los pacientes con disfagia dependientes totales¹⁰.

Estas diferencias en ocasiones también vienen justificadas por la existencia de disfgias transitorias. Estimándose que de las disfgias diagnosticadas en los primeros días post-ictus, a las 2º-3º semanas de rehabilitación se han reducido hasta el 47%, valores que se reducen al 17% al 2º-4º mes del episodio agudo⁸.

A diferencia de otras disfgias, la secundaria a una ECV viene acompañada de múltiples daños ocasionados por el Ictus, lo que dificulta su recuperación, y en ocasiones deja su intervención en un segundo plano, detrás de otros problemas más imperiosos que comprometen la vida o la independencia funcional¹¹.

Las complicaciones asociadas a la disfagia van a aumentar de forma notable la mortalidad en estos pacientes, y contribuyen a un mal pronóstico en términos de morbilidad y recuperación funcional. Estas incluyen deshidratación, desnutrición y broncoaspiración⁹.

El 25% de los pacientes con disfagia neurógena sufren desnutrición desde el inicio del cuadro, identificado por el IMC (Índice de Masa Corporal) o por una pérdida de peso superior al 10%¹². Según el proyecto colaborativo *Feed or Ordinary Diet (FOOD)* pacientes neurológicos desnutridos tienen 2.3 veces más posibilidades de morir y 2.1 veces más riesgo de tener una evolución desfavorable⁸.

Respecto a la broncoaspiración, se calcula que el 50% de los pacientes con Ictus y disfagia aspiran, de los cuales un 37% desarrollan neumonía. Se estima, además, que el 39% hace una aspiración silenciosa (asintomática), y que por tanto no se puede detectar clínicamente⁷.



Todo esto supone que la disfagia unida al ictus incrementa la morbimortalidad, y por tanto la estancia hospitalaria y los costos por enfermo (estancia y recursos empleados en el diagnóstico y tratamiento)¹³. Lo que justifica su gran interés e importancia a nivel sanitario.

Al interés sanitario de esta patología, se debe sumar el interés social, al afectar a un acto tan social como es la alimentación. Estos pacientes en numerosas ocasiones evitan alimentarse en presencia de otras personas debido a la sintomatología que propicia esa dificultad, o comer fuera de casa les resulta difícil por no poder encontrar alimentos adecuados al tipo de dieta que deben seguir⁷.

Por último, destacar el gran interés profesional y científico de esta patología. La asistencia a un paciente con disfagia debe ser multidisciplinar, (médico, enfermero, TCAE, logopeda, nutricionista, terapeuta ocupacional)^{11,14,15}.

Teniendo enfermería especial relevancia en este equipo. Puesto que trabaja diariamente en los servicios de neurología y/o en las unidades de ictus, ofreciendo unos cuidados continuados, por lo que tiene una relación más cercana con pacientes y familiares. Este profesional es una pieza clave en la comunicación con el resto del equipo, haciendo que todos dispongan de los datos suficientes para llevar a cabo su trabajo y mejorar así la calidad de vida del paciente¹⁴.

Por ello y por todas las razones anteriormente expuestas, es muy importante que el profesional de enfermería sepa cómo identificar y detectar una posible disfagia a fin de evitar las graves complicaciones que puedan aparecer, y establezca una serie de cuidados para este tipo de paciente.

Por último, enfermería debe ejercer la función docente que caracteriza a esta profesión, transmitiendo al paciente y su familia la información pertinente que les ayude a comprender esta patología y facilitar la continuación en el domicilio de los cuidados necesarios que certifiquen la seguridad del individuo. Siendo la implicación del paciente y sus cuidadores esencial para que el abordaje de esta patología sea exitoso y evite las complicaciones que pueden surgir en el día a día.



Es por la gran prevalencia e importancia de la disfagia, y la necesidad de educación en el manejo de esta, tras sufrir una patología tan brusca e inesperada como es el Ictus, de donde surge el interés por desarrollar un producto informativo y educativo que sea accesible, comprensible y atractivo para familiares y pacientes que sufren esta complicación.

Producto que, ofreciendo una base sólida de conocimientos, sirva como guía de actuación y ayude a entender mejor esta patología, sus complicaciones y cuidados. A fin de favorecer la seguridad y recuperación del paciente fuera del medio hospitalario, colaborando de esta manera al aumento y mejora de su calidad de vida.

Por estos motivos, se ha visto la necesidad de crear una pequeña guía de práctica clínica, es decir una serie de recomendaciones desarrolladas de forma sistemática con el objetivo de ayudar a pacientes en la toma de decisiones sobre la atención sanitaria más adecuada, permitiéndoles elegir las opciones terapéuticas más apropiadas de esta patología en función de sus características clínicas y personales¹⁶.

Se opta en este trabajo, por elaborar una guía rápida para pacientes, a través de recomendaciones, imágenes y algoritmos que faciliten su comprensión, en formato papel y de corta extensión para facilitar su uso¹⁷.

Este método nos permitirá llegar a un gran número de personas, es económico y se adapta al objetivo y a la situación de este trabajo¹⁸.



2.- OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Elaborar una guía informativa para los pacientes con disfagia tras sufrir un Ictus, y sus familias, como herramienta de educación sanitaria en el abordaje de esta patología.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Dar a conocer y comprender esta patología.
- Establecer las actividades y recomendaciones a instaurar en los pacientes con disfagia neurógena.
- Incrementar la seguridad y eficacia en la deglución en estos pacientes.
- Aumentar la calidad de vida de los pacientes con disfagia post-ictus.



3.- METODOLOGÍA

Para el desarrollo de este proyecto y con el fin de alcanzar los objetivos, se estudia la disfagia tras sufrir un ictus a propósito de un caso. Con la meta de elaborar un guía de carácter educativo que ayude a este y otros pacientes, y sus familiares, a comprender la patología y a abordarla en su domicilio.

A partir del caso clínico y completando las fuentes de información, se realizó una búsqueda y consulta bibliográfica en las principales bases de datos científicas (Pubmed-Medline, Cuiden, Scielo e IBECS), así como en editoriales (Elsevier) y sedes Web (Sociedad Española de Neurología, Ministerio de Sanidad, INE, OMS), teniendo en cuenta las palabras clave: disfagia, ictus, guía, educación para la salud.

Ejerciendo un análisis crítico de la prevalencia e incidencia, tratamiento e información actual de la disfagia post-ictus en España, así como de las últimas recomendaciones y criterios en el desarrollo de guías sanitarias.

❖ *CASO CLÍNICO:*

Para la elección del caso clínico del que partiría este trabajo se buscó a un paciente ingresado en la Unidad del Ictus del servicio de Neurología y Neurocirugía del Hospital Clínico Universitario de Valladolid (HCUV), con diagnóstico de Ictus y disfagia. Y que, además, no tuviera ya diagnosticada una disfagia o una enfermedad que predisponga a ella (esclerosis múltiple, Parkinson, neoplasia de cuello...).

Se reporta el caso de un varón de 70 años, sin alergias medicamentosas conocidas y con antecedentes patológicos de hipertensión arterial y dislipemia (ambos factores de riesgo cerebrovascular), intervenido previamente de una lesión cutánea facial izquierda, y sin antecedentes tóxicos de interés (no fumador, no bebedor). Previo al Ictus, el individuo era válido para todas las actividades de la vida diaria.



El día 16 de febrero de 2016 a las 9:30 horas presentó de forma brusca disminución de fuerza en hemicuerpo izquierdo. Se activó Código Ictus y se trasladó de manera urgente al HCUV, donde fue valorado por neurología de guardia. Quienes indicaron fibrinolisis endovenosa, al encontrarse en ventana terapéutica inferior a 4,5 horas, dicho procedimiento se realizó a las 3 horas del inicio de la clínica.

Finalmente el paciente quedó ingresado en la Unidad de Ictus del HCUV, con diagnóstico de infarto isquémico en territorio de arteria cerebral media derecha. En las primeras 48h del ingreso no presento mejoría del déficit neurológico.

A los tres días de ingreso, al mejorar el nivel de conciencia, se realiza el test MECV-V (Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad) para la detección de la Disfagia. En esta primera prueba, el paciente presenta disfagia a sólidos y líquidos, por lo que se decide poner SNG con nutrición enteral. Iniciando esta con 500ml en 24horas, subiendo gradualmente 500ml cada día hasta llega a los 1500ml/día con objeto de cubrir sus requerimientos dietéticos.

A los seis días se vuelve a realizar el test MECV-V de disfagia, y el paciente es capaz de deglutir texturas sólidas (pudding) muy lentamente, por lo que se decide darle agua gelificada en desayuno, comida, merienda y cena.

Transcurridos dos días desde esta segunda prueba, el paciente va tragando mejor y se introduce dieta pastosa de disfagia junto con la nutrición enteral, que se reduce a 1000ml/día. Pasados otros dos días el paciente tolera bien la dieta pastosa de disfagia y se le retira la nutrición enteral.

Se repitió el test MECV-V el día 1 de marzo, y se comprobó que aún no era capaz de deglutir de forma segura los líquidos. El día 5 de marzo se repitió test MECV-V de disfagia, en esta ocasión el paciente fue capaz de tolerar la textura néctar. Tras 18 días de ingreso en la Unidad el paciente fue dado de alta, presentando una disfagia para líquidos, tolerando una viscosidad néctar (media) y pudding (alta).



Un estudio descriptivo de un individuo, como es este estudio a propósito de un caso, permite conocer la experiencia del paciente, exponiendo sus características y condiciones personales. Lo que nos llevará a analizar sus antecedentes, su estado actual y su respuesta al tratamiento.

Esta metodología de trabajo nos permite conocer y abordar al individuo en su totalidad, comprendiendo mejor la relevancia del problema, y nos aporta un amplio grado de aplicabilidad en la atención del paciente.

El método de educación para la salud seleccionado en este proyecto es una guía de práctica clínica, que nos permite alcanzar nuestro objetivo con los recursos que disponemos, supone un bajo coste y se adapta al entorno en el que es creado, y además, se realiza tras la recogida de documentación e investigación científica, con el fin de ofrecer la información más actualizada y evidenciada.

Este instrumento se trata de un método indirecto de educación que permite llegar a un gran número de destinatarios, facilitando de esa manera la divulgación de esa educación, ya que la información es la vía más eficaz para que los individuos sean partícipes de su propia salud o la de sus familiares. Puesto que si disponen de una buena información podrán elegir las actitudes y comportamientos más adecuados y beneficiosos para su salud¹⁹.

Este método demuestra ser eficaz a la hora de cumplir el objetivo de informar y sensibilizar a sus destinatarios, ofreciéndoles los medios para seleccionar la atención sanitaria más adecuada, por tanto, se trata de un método óptimo para cumplir nuestros objetivos¹⁸.

La población diana de este proyecto son todos aquellos pacientes que hayan sufrido un Ictus, tanto hemorrágico como isquémico, a los que se los haya detectado una disfagia posterior al suceso y se alimenten por vía oral, así como a las personas de su entorno.



4.- DESARROLLO

4.1.- FISIOPATOLOGÍA DE LA DISFAGIA POST-ICTUS

El Ictus es una patología que muy frecuentemente causa trastornos de la deglución, en forma de disfagia neurógena por un daño cerebral adquirido^{7,15,20}. La interrupción del flujo sanguíneo en el encéfalo supone un daño en los mecanismos controladores de la deglución^{7,20}.

La disfagia, término proveniente de dos palabras griegas “dys” (dificultad) y “phagia” (comer)²¹, se define como una alteración en alguna de las cuatro fases de la deglución (preparación, oral, faríngea y esofágica). En este tipo, la alteración principal se encuentra en las tres primeras fases, y por tanto se denomina disfagia orofaríngea⁷. (Anexo I)

La principal función de la deglución es nutrir e hidratar al individuo. De forma eficaz, al aportar lo nutrientes necesarios, y de forma segura, al realizar esa ingesta sin complicaciones que comprometan la vía respiratoria^{20,21}.

Cuando el paciente presenta disfagia estas dos características se ven alteradas, lo que da lugar a complicaciones. Las más frecuentes son la desnutrición/deshidratación (por pérdida de la eficacia), y la aspiración y los atragantamientos (por pérdida de la seguridad)^{15,20}. Estas pueden presentarse tanto en el episodio agudo como en una fase más tardía²¹.

Todas son complicaciones graves que pueden poner en riesgo la vida del paciente, evitables en cierta medida si se realiza un diagnóstico y tratamiento precoz²⁰.

Por eso, se recomienda la realización de un cribaje de disfagia antes de iniciar la nutrición oral tras un Ictus²¹.



4.2.- CRIBAJE DE LA DISFAGIA EN EL ICTUS.

Tras sufrir un Ictus, se debe sospechar clínicamente de la presencia de disfagia en aquellos pacientes que presenten síntomas como tos y/o atragantamiento al comer, babeo, voz húmeda, disfonía, deglución fraccionada o residuo en la boca tras la ingesta^{15,21,22}.

Para la detección precoz de una posible disfagia se ha demostrado que el Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad es un instrumento muy útil de screening. Ofreciendo una alta eficiencia, especificidad y sensibilidad, como demostró un estudio en 2011, además supone un bajo coste y es de fácil aplicación²³.

Este método permite adecuar la dieta al nivel de disfagia del paciente de forma precoz, estableciendo qué texturas son las mejor toleradas en cada caso^{15,23}.

Todas estas características hacen que el MECV-V sea la herramienta de elección para detectar la disfagia de forma precoz y fiable. Y es el cribaje protocolario implantado en la Unidad del Ictus de Valladolid (HCUV), como ha quedado reflejado en el caso clínico.

El test MECV-V, desarrollado por el Dr. Clavé y su equipo, es un test clínico que valora la seguridad y eficacia de la deglución del individuo, relacionando diferentes viscosidades y cantidades al control de la saturación de O₂²³. Se fundamenta en que el riesgo de aspiración en pacientes con disfagia aumenta a mayor volumen y menor viscosidad del bolo^{20,24}. Debido a que los alimentos más viscosos (textura pudding) aumentan el período de transporte en la faringe, ampliado el tiempo de apertura del esfínter cricofaríngeo, siendo así más seguros que alimentos menos viscosos (líquidos)²⁰.

Será función de enfermería la realización del MECV-V. Se realizará con el paciente en sedestación tomando su saturación basal, que servirá de control (la pulsioximetría se mantendrá durante toda la exploración²², a fin de detectar las posibles aspiraciones silentes¹⁵). Siguiendo el procedimiento, se administran bolos de tres viscosidades diferentes (líquido, néctar, pudding) a tres volúmenes crecientes (5, 10, 20 ml)^{15,20,23,24}. Iniciándose la exploración con una viscosidad media (néctar, 295 mPA s), al menor volumen (5ml), observando si el individuo presenta algún signo de alteración de la seguridad y la eficacia. Si no se detecta ningún problema, la exploración continúa



elevando el volumen de la viscosidad hasta completar la serie, para posteriormente ofrecer al paciente una viscosidad baja (líquido, 21 mPA s), aumentando el volumen progresivamente hasta llegar al volumen más alto (20 ml) de esa viscosidad^{13,20,22,24}.

Si durante la exploración se observa algún signo de alteración de la seguridad (cambios de voz, tos o desaturación de oxígeno mayor a un 3% de la basal), o de la eficacia (sello labial, residuo oral, deglución fraccionada o residuo faríngeo), se debe interrumpir la serie y pasar a una viscosidad y volumen mayor a fin de proteger al paciente (pudding, 3682mPA s)^{13, 20, 24}. (Anexo II)

Los resultados del MECV-V nos indicará la consistencia y el volumen tolerado por el paciente, siendo la base de las recomendaciones para que el paciente mantenga una nutrición e hidratación adecuada, estableciendo una dieta segura para él^{15,20}.

4.3.- MANEJO DE LA DISFAGIA TRAS ECV: CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y RECOMENDACIONES.

El abordaje de la disfagia orofaríngea de origen neurológico debe ser multidisciplinar (médicos, enfermeros, nutricionistas, logopedas), para obtener unos resultados óptimos se debe implicar a la familia, y en la medida de lo posible, hacer partícipe al propio paciente^{14,15,20}.

El principal objetivo de los diferentes cuidados es conservar la alimentación por vía oral manteniendo un buen estado nutricional, sin complicaciones respiratorias^{12,24}.

En la disfagia neurógena la terapia tiene su base en dos pilares, las técnicas compensatorias y las técnicas de tratamiento²⁵. Los cuidados y terapias deben ser individualizados, adaptados y actualizados a las características y evolución del paciente²⁰.

- Las técnicas de tratamiento pretenden modificar la fisiología de la deglución a través de la ejecución de movimientos que mejoren tanto la movilidad oral y faríngea, como su tono muscular. En esta ocasión, se requiere de la colaboración del paciente, y será desarrollado por profesionales sanitarios como logopedas y rehabilitadores²⁵.



- Las técnicas compensatorias están encaminadas a la reducción y erradicación de la sintomatología. Comprenden medidas de adaptación del bolo, en textura, volumen y velocidad de administración, y medidas de rehabilitación²⁵, que incluyen cambios posturales e incremento sensorial²⁴. Ambas medidas serán controladas en un primer momento por el personal sanitario, y este indicará a los cuidadores cómo realizarlas en el domicilio. Estos métodos se pueden realizar sin la colaboración del paciente, por lo que son de elección en pacientes con un estado cognitivo más bajo²⁵.

La adaptación de los alimentos en consistencia, textura y volumen es una medida básica en el abordaje terapéutico de la disfagia, las modificaciones a establecer vendrán dadas por los resultados del MECV-V¹¹.

Las modificaciones en la dieta se realizarán en aquellos pacientes cuya disfagia pueda ser tratada de esta manera y presenten suficiente nivel de conciencia. En las disfagias muy severas o en pacientes con nivel de conciencia muy bajo, será precisa la nutrición enteral al no poder utilizar la vía oral.

La modificación del volumen del bolo se basa en que un aumento del volumen produce una disminución de la seguridad de la deglución¹¹.

La modificación de la consistencia de los alimentos es una de las medidas terapéuticas más importante. Por esta razón, la industria farmacéutica y alimentaria ha trabajado en este ámbito logrando grandes avances. Actualmente, ofrecen una amplia gama de productos que ayudan a lograr una adecuada viscosidad²⁷, avanzando hacia la normalización y garantía de alimentación segura y eficaz en estos pacientes²⁸.

Estas dietas adaptadas presentan una modificación en las características organolépticas originales de los alimentos, por lo que deben ser valoradas por un nutricionista. Este profesional, además puede establecer sus requerimientos dietéticos y realizarles un seguimiento²⁸. En todos los casos, debe establecerse una dieta variada y equilibrada. Adaptándose a las costumbres y gustos personales, para que así la inclusión de las modificaciones sea más fácil y llevadera para el paciente¹⁵.



De igual manera se debe adaptar toda la medicación que tome por vía oral, al poder comprometer la seguridad de la deglución. El farmacéutico podrá dar las recomendaciones de administración según las características del fármaco²⁹.

La *National Dysphagia Diet (NDD)* desarrollada en 2002 por la Asociación de Dietistas de Estados Unidos (ADA) es la guía de referencia en España^{11,20} para seleccionar la textura idónea según las características clínicas del paciente. Partiendo de la base de que los alimentos más compactos son más fáciles de manejar en la fase oral y de tragar²⁰. (Anexo III)

Los alimentos fluidos que no cambian su viscosidad durante la deglución son los más seguros, la mayoría de los alimentos fluidos que componen la dieta habitual del ser humano no mantienen constante su viscosidad. Para resolver esta situación, se utilizan los espesantes o fluidos ya preparados para el consumo (agua gelificada, menos utilizadas en nuestro país, no está financiada por el SNS)^{11,27}.

En España, los espesantes comercializados son a base de almidón o mezcla de almidón y gomas. El almidón confiere la viscosidad al líquido al disolverse en él, y las gomas (Guar y Xantana) aportan una buena viscosidad con poca concentración, y permiten una buena estabilidad ante congelaciones y descongelaciones, niveles de acidez y rangos de temperatura^{11,27}.

Los espesantes están financiados por el SNS según el “Real Decreto 1205/2010, de 24 de septiembre, por el que se fijan las bases para la inclusión de los alimentos dietéticos para usos médicos especiales en la prestación con productos dietéticos del Sistema Nacional de Salud y para el establecimiento de sus importes máximos de financiación” especificado en su Anexo II 4.5 “son productos compuestos únicamente por almidones modificados, aunque pueden llevar fibra. Su presentación es en forma de polvo y su sabor es neutro”²⁷.

Para la adaptación de la viscosidad de los líquidos mediante espesantes se seguirán las pautas indicadas por el fabricante¹⁵ quien debe incluir en su ficha técnica las características del producto y los análisis realizados con sus resultados²⁷.



A la hora de realizar modificaciones en la viscosidad de los líquidos en la práctica diaria, es importante conocer el comportamiento del espesante y las cualidades de las diferentes viscosidades:

- Consistencia néctar: al caer forma un hilo.
- Consistencia miel: cae en forma de gotas gruesas.
- Consistencia pudding: al caer mantiene su forma.¹⁵

La modificación de la consistencia de los sólidos se debe realizar en varias fases, con diferentes características y adaptaciones progresivas en función de la evolución del paciente. En la práctica habitual se realizan 4 fases:

- I. Dieta de inicio o dieta Túrmix (consistencia puré). Se trata de consistencias espesas y homogéneas, que no admiten dobles texturas y no es necesaria la masticación. Pueden tratarse de preparados comerciales que contienen los requerimientos energéticos necesarios y están saborizados. (Ej.: cremas y purés).
- II. Dieta triturada mecánicamente o dieta de Disfagia. Pueden no precisar masticación o una muy suave, ya que el bolo se forma fácilmente. No se mezclan consistencias. (Ej.: pudding, pastel de pescado)
- III. Dieta de fácil masticación. Alimentos de masticación suave no triturados, que pueden ser fácilmente triturados con un tenedor. Puede admitir la mezcla de texturas (ej.: merluza). Evitar alimentos duros, crujientes o pegajosos.
- IV. Dieta basal o normal. Admite todas las texturas y consistencias.^{11,26}

Así, los pacientes con buena seguridad y ligera alteración en la eficacia pueden tomar una dieta basal, mientras que aquellos con alteraciones mayores requieren del aumento de la viscosidad y la disminución del volumen¹².



En el manejo de la disfagia es importante conocer qué tipos de alimentos son más peligrosos a la hora de ser deglutidos, así como establecer ejemplos para entender mejor el tipo de alimento. Conocerlos será de gran utilidad en la práctica, puesto que ayudará a preparar y desarrollar dietas seguras para el paciente. Son ejemplos de alimentos con texturas de riesgo:

- Alimentos de dobles texturas (caldos con pasta, leche con cereales, etc.).
- Alimentos fibrosos (espárragos, alcachofas, piña, etc.).
- Alimentos resbaladizos (pasta, guisantes, arroz, etc.).
- Alimentos pegajosos (caramelos, plátanos, bollería, etc.).
- Alimentos secos y duros (frutos secos, patatas chip, tostadas, etc.).
- Alimentos que desprenden o se funden en agua en boca (sandía, naranja, helados, etc.).
- Alimentos con pieles o semillas (guisantes, tomate, uvas, etc.).¹⁵

En los casos de alteraciones severas de la deglución, la adaptación de la dieta debe complementarse con otras prácticas rehabilitadoras¹². Dentro de estas destacan:

- El incremento sensorial, consistente en estimular al paciente previamente a la deglución, para aumentar la sensación y disminuir el retraso en la misma. Existen muchas técnicas de incremento sensorial, algunas de ellas están encaminadas a modificar el sabor y temperatura de los bolos (alimentos fríos con sabores ácidos son muy buenos para desencadenar el mecanismo de deglución), otras pretenden la estimulación mecánica de la lengua (presionando con la cuchara en ella al introducir el bolo), dejar que el paciente se autoalimente o hacen referencia a la presentación de las comidas y sus olores, etc. Todas ellas son de fácil aplicación, y aunque hay pocos estudios que reconozcan su eficacia, son muy utilizadas en la práctica^{12,25}.

- Las estrategias posturales pueden ser de carácter temporal (hasta adquirir una mejor función motora) o permanente. Pretenden evitar las alteraciones en la seguridad mediante movimientos que favorezcan la deglución, cambiando las dimensiones de la faringe y dirigiendo el bolo. Estas técnicas pueden evitar la aspiración en el 25% de los casos¹².



Son ejemplos de técnicas posturales la flexión del cuello para proteger la vía aérea o la extensión al inicio para favorecer el paso del bolo gracias a la gravedad^{8,12}.

Otros cuidados a tener en cuenta incluyen diversas medidas generales antes, durante y después de la ingesta¹¹:

Cuidados antes de las comidas:

- Asegurar que el paciente está alerta, evitar que se encuentre cansado.
- Ambiente tranquilo y sin distracciones.
- Higiene oral, a fin de mantener la humedad y estimular la salivación y la deglución.
- Ofrecer alimentos o bebidas ácidas en pequeñas cantidades para aumentar la salivación en caso de sequedad oral.
- Retirar espinas, cartílagos o pieles a los alimentos.^{11,29}

Cuidados durante las comidas:

- Paciente sentado, con la espalda recta y los pies apoyados en el suelo, con el cuerpo bien alineado. Si se precisa, utilizar elementos de sostén y sujeción (cojines, almohadillas).
- Si el paciente se encuentra encamado, incorporar cabecero hasta 45°.
- Supervisión de las comidas, nunca dejar solos. Ayudar en lo que sea necesario, favoreciendo siempre la autoalimentación.
- El cuidador que alimente debe de estar a la altura del paciente.
- Evitar que el paciente hable mientras come.
- Dar el tiempo necesario para que realice la comida y frenar comportamientos compulsivos del paciente.
- Ingestas poco abundantes pero frecuentes.^{11,29}

Cuidados tras las comidas:

- Permanecer incorporado unos 15 - 20 minutos tras la ingesta.
- Comprobar que no quedan restos en la boca.²⁹



Medidas generales en cuanto a la alimentación:

- Alimentos homogéneos, jugosos, de fácil masticación, sin grumos y sin espinas.
- Textura única.
- Máxima variación en los alimentos, dieta equilibrada.
- Presentar las comidas de forma atractiva en colores, olores y formas (utilizar moldes).
- Evitar alimentos pegajosos, crujientes, duros, con pieles, con semillas o que puedan fundirse en líquido en alguna etapa de la deglución.^{11,15,29}

Higiene bucal:

- Mantener buena higiene oral, ya que favorecerá la eficacia y seguridad.
- Cepillar de forma suave antes de las comidas para estimular, y después para retirar restos. El cepillado debe incluir dientes, encías, paladar y lengua.
- Usar gasas con clorhexidina.¹¹

Medidas de seguridad:

- Posición erguida.
- Posición de seguridad ante vómito.
- Medidas de emergencia: maniobra de Heimlich y maniobra de desobstrucción.
Llamar al 112.

4.4.- ELABORACIÓN DE GUÍA RÁPIDA PARA PACIENTES CON DISFAGIA POST-ICTUS.

Con la finalidad de que estos conocimientos evidenciados lleguen a las personas interesada, y estas puedan tomar decisiones que les ayuden a manejar la disfagia post-ictus en su domicilio, se elabora una guía rápida de práctica clínica.

La educación para la salud es una labor importante e inherente a los profesionales sanitarios y una de las funciones de la enfermería, este trabajo pretende dar respuesta a esa tarea aportando a los familiares y pacientes con disfagia neurógena la información



necesaria para que sepan adaptarse y manejar esta nueva patología fuera del ambiente hospitalario¹⁹.

La educación sanitaria se trata de una estrategia para alcanzar los objetivos de prevención, promoción y restauración de la salud a través de la modificación de los conocimientos, aptitudes, hábitos y comportamientos de los individuos¹⁸. En este caso, la guía trata de cumplir los objetivos de prevención (evitar aspiraciones y desnutrición), restauración de la salud (ejerciendo las medidas terapéuticas) y promoción (haciéndoles partícipes de su propia salud), a través de la información que ofrece.

En la realización de la guía se han seguido las recomendaciones de diferentes artículos a la hora de realizar educación a pacientes y familiares respecto a las informaciones que consideran más relevante y que se deben incluir en un guía sobre la disfagia para que sea completa y beneficiosa. Como, por ejemplo, incluir información sobre técnicas de alimentación, posiciones, medidas de emergencia o modificaciones de la dieta²⁹.

Además, se elabora la guía atendiendo a los requisitos de legibilidad lingüística y tipográfica, criterios de contenidos y edición establecidos por expertos, y teniendo en cuenta las opiniones que los destinatarios de las guías de salud aportan según los estudios^{19,30}.



5.- DISCUSIÓN E IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA.

El presente proyecto fue diseñado para elaborar una guía rápida de práctica clínica para pacientes con disfagia tras sufrir un Ictus. Obteniendo como resultado una guía para el paciente, orientativa e informativa, centrada en su problema y en el manejo del mismo desde su domicilio. En un formato fácil de manejar, leer y transportar, con diferentes ilustraciones que facilitan su entendimiento, y con un lenguaje adaptado al público general, que facilita su lectura y comprensión. (Anexo IV)

Esta guía ofrece una información evidenciada que incluye tanto indicaciones teóricas que aportan al paciente una base de conocimiento, como medidas prácticas para el abordaje de la disfagia de forma eficaz y segura.

Esta guía rápida cubre la necesidad de información que precisa un gran número de pacientes, dada la alta prevalencia de la disfagia post-ictus. Por lo que en un hipotético desarrollo a nivel hospitalario, distribuyendo esta a la población diana, tendría una alta implicación en la función docente de la enfermería, y en la posterior práctica y abordaje de la disfagia post-ictus por parte del individuo y su familia fuera del ámbito sanitario.

Atendiendo así a la necesidad de crear proyectos de este tipo, que guíen al paciente diagnosticado de disfagia tras un Ictus. Puesto que tras la revisión de documentos y proyectos sobre educación en la disfagia, se ha encontrado una escasez de programas de salud que eduquen en este aspecto.

Así, a través de esta guía, se podría cubrir la necesidad de un programa de educación en la disfagia post-ictus en el HCUV, ya que actualmente no se dispone de ningún instrumento que facilite la información y educación de estos pacientes, de forma que pueda extenderse al domicilio.

Por ello, con este proyecto se abre una nueva vía de desarrollo en el abordaje de esta patología y en su difusión, tanto en el ámbito sanitario como fuera de él. Este trabajo puede sentar las bases para la creación de un proyecto más grande, en el que se pueda desarrollar una guía aún más completa, implicando tanto a profesionales de diferentes



ámbitos (enfermería, medicina, logopedia, nutrición y terapia ocupacional), como a los propios pacientes y familiares de forma que aporten su experiencia, temas en los que tienen interés, terrenos de la patología que consideran más complicados de manejar o entender y muestren su punto de vista respecto a los métodos de educación empleados. Incluyendo en el programa métodos directos como charlas y talleres formativos, que impliquen a pacientes y familiares y les ayuden a manejar de forma más segura esta patología.

Respecto a las limitaciones del proyecto, dada la situación en la que es creado y los recursos disponibles durante su desarrollo, el resultado se trata de una guía sencilla, centrada en los aspectos más importantes de la disfagia post-ictus y su tratamiento.

Otra de las limitaciones de este proyecto es la imposibilidad de comprobar la efectividad de la guía rápida al no estar llevada a la práctica todavía. Aún no podemos objetivar hasta qué punto este proyecto puede ayudar a aumentar la calidad de vida de los pacientes con disfagia post-ictus y aumentar la seguridad y eficacia en su deglución.

Por el método de educación elegido, la guía, es de fácil aplicación y difusión, lo que permitirá llegar a un amplio número de pacientes de forma económica.

Espero se tenga en cuenta por los equipos de salud y pueda ser una realidad en un futuro.

Durante el proceso de este trabajo he podido desarrollar diferentes capacidades que han contribuido en mi formación académica y profesional. He adquirido habilidades relacionadas con el uso de las TIC y el manejo de las bases de datos científicas, aprendiendo a desarrollar un trabajo de investigación. Además he adquirido otras capacidades como la interpretación y gestión de la información o el trabajo de análisis y síntesis. Otras habilidades logradas en el desarrollo de este proyecto están relacionadas con la organización del trabajo, la resolución de problemas, la creatividad y la innovación. Valorando la importancia de la tutorización por parte de una profesional experimentada.



6.- CONCLUSIONES

Tras la documentación y análisis de la diferente bibliografía y estudios científicos, se pueden extraer las siguientes conclusiones:

La disfagia post-ictus presenta una alta prevalencia en la actualidad e irá en aumento dado que la edad es un factor de riesgo para sufrir una ECV, y la esperanza de vida cada vez es más alta. Por tanto, un numeroso grupo de pacientes precisa y va a precisar educación para la salud respecto a la disfagia post-ictus.

Los avances en la investigación, han permitido una detección más precoz y un tratamiento seguro y eficaz. Cada vez disponemos de más evidencias sobre su abordaje, y la industria sanitaria está desarrollando novedosos productos para estos pacientes.

Las principales medidas en el manejo de la disfagia post-ictus comprenden la modificación de la consistencia y textura de los alimentos, así como medidas rehabilitadoras que incluyen técnicas posturales y de estimulación. Todas estas deben de estar individualizadas y ser reevaluadas periódicamente.

El abordaje de la disfagia post-ictus debe de ser multidisciplinar. Destacar el papel fundamental de enfermería en la educación de estos pacientes, ya que ejerce su actividad en contacto directo con estos y dispone de los conocimientos necesarios y de una amplia experiencia. Todos estos factores cualifican a enfermería para ser docente y ayudar a pacientes y familiares a manejar esta complicación.

La información que se brinde a estos pacientes, con el objetivo de que realicen una deglución segura y eficaz, debe abarcar datos teóricos y medidas prácticas.

La guía resultante de este proyecto, permitirá a pacientes y familiares conocer la patología, los síntomas de alarma y su manejo, además pone en su conocimiento los distintos profesionales, entidades y asociaciones que pueden ayudarles.

Por tanto, a través de esta guía, se contribuirá a mejorar la calidad de vida de este colectivo.



7.- BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Sanidad y Política social. Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud social Mdsyp, editor.: Fer/Edigrafos; 2009.
2. Organización Mundial de la Salud. WHO.int. [Online].; 2014 [cited 2015 diciembre 28. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/es/>.
3. Instituto Nacional de Estadística (INE). INE.es. [Online].; 2015 [cited 2015 diciembre 28. Available from: <http://www.ine.es/prensa/prensa.htm>.
4. Díaz Guzman J. Estudio NEDICES e Iberictus. GEECVSEN. 2009;(6).
5. Comité ad hoc del Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares. Guía para el diagnóstico y tratamiento del Ictus. 1st ed. Neurología SEd, editor. Barcelona: Prous science; 2006.
6. López Liria R, Fernandez Alonso M, Vega Ramirez FA, Salido Campos MÁ. Tratamiento y rehabilitación de la disfagia tras enfermedad cerebrovascular. Rev Neurol. 2014; 58(6): p. 259-267.
7. Nazar G, Ortega A, Fuentealba I. Evaluación y manejo integral de la disfagia orofaríngea. Rev. Med. Clin. Condes. 2009; 20(4): p. 449-457.
8. Barbié Rubiera A, Marcos Plasencia L, Aguilera Martínez Y. Disfagia en pacientes con enfermedad cerebrovascular. Actualización. Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos. 2009; 7(1).
9. Sebastián M, Palomeras E, Clavé P, Monteis R, Fàbregas C, Ciurana A, et al. La disfagia en el Ictus Agudo: actuaciones de Enfermería. In SEDENE , editor. XV Reunión anual: Premios del Comité Científico a la mejor Comunicación Oral de Investigación de Enfermería; 2009. p. 8-11.
10. Lendínez Mesa A, Fraile Gómez MdP, Díaz García MdC, García García E, Casero Alcázar M, Fernandez Rodríguez N, et al. Disfagia Orofaríngea: prevalencia en las unidades de rehabilitación neurológica. Rev Cient Soc Esp Enferm Neurol. 2014; 39(1): p. 5-10.
11. Clavé Civit P, García Peris P, editors. Guía de diagnóstico y tratamiento nutricional y rehabilitador de la disfagia orofaríngea. Barcelona: Glosa; 2013.



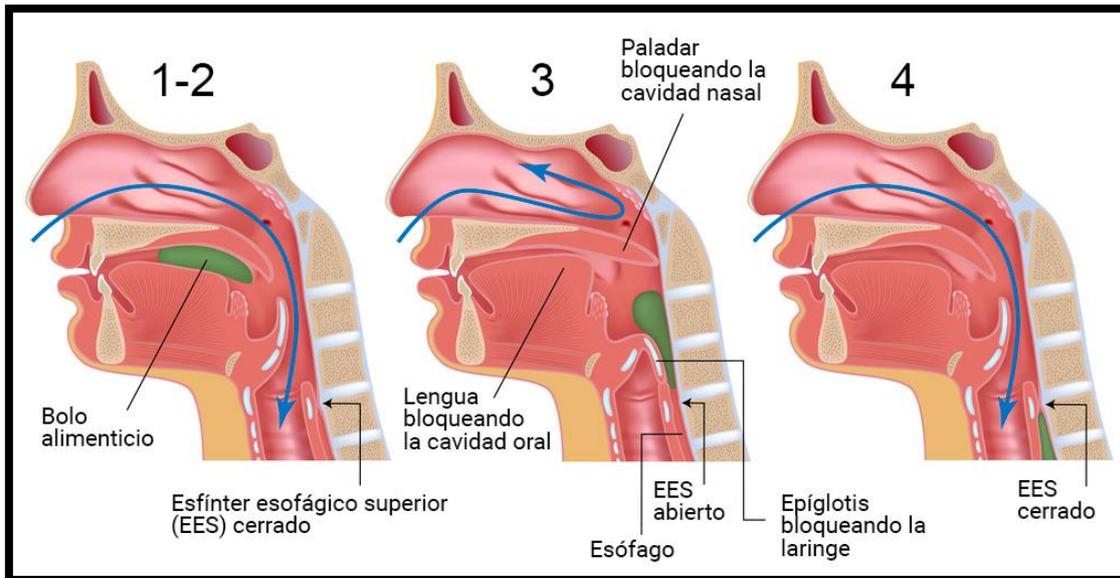
12. Clavé P, Viridiana A, Velasco M, Quer M, Castellví JM, Almirall J, et al. Diagnóstico y tratamiento de la disfagia orofaríngea funcional. Aspectos de interés para el cirujano digestivo. *Cir Esp.* 2007; 82(2): p. 62-76.
13. Cichero J, Clavé P. Los peldaños para vivir bien con disfagia. Series NNIW, editor. Barcelona; 2011.
14. Rodríguez Hernández AJ, Martín Ávila B. Abordaje multidisciplinar en el tratamiento de la disfagia. *ene.* 2008; 4.
15. González Alted C, Casado Romo MP, Gómez Blanco A, Pajares García S, Dávila Acedo RM, Barroso Pérez L, et al. Guía de nutrición para personas con disfagia. 1st ed. Ministerio de sanidad ssei, editor.: Belive; 2012.
16. Grupo de trabajo sobre GPC. Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual metodológico. 2007th ed. CS) IAdCdIS(+), editor. Madrid; 2007.
17. García Gutiérrez JF, Bravo Toledo R. Guías de práctica clínica: conceptos básicos. *Evid Pediatr.* 2008; 4(61).
18. Marqués F, Sáez S, Guayta R. Métodos y medios en promoción y educación para la salud Cataluyna UOd, editor. Barcelona: Editorial UOC; 2004.
19. Barrio IM, Simón-Lorda P, Melguizo M, Molina A. Consenso sobre los criterios de legibilidad de los folletos de educación para la salud. *An. Sist. Sanit. Navar.* 2011; 34(2).
20. Velasco MM, Viridiana A, Clavé P, Puiggrós C. Abordaje clínico de la disfagia orofaríngea: diagnóstico y tratamiento. *Nutr Clin Med.* 2007; 1(3): p. 174-202.
21. Velasco M, García-Peris P. Causas y diagnóstico de la disfagia. *Nutr Hosp Suplementos.* 2009; 2(2): p. 56-65.
22. Saura E, Zanuy E, Jbilou A, Masferre M, Rodriguez S, Romeral G. Disfagia y broncoaspiración en pacientes con ictus agudo, ¿es suficiente el test del agua? *Revista científica de la SEDENE.* 2010; 31: p. 28-30.
23. Guillén-Solá A, Martínez-Orfila J, Boza Gómez R, Monleón Castelló S, Marco E. Cribaje de la disfagia en el ictus: utilidad de los signos clínicos y el método de exploración clínica de volumen viscosidad en comparación con la videofluroscopia. *Rehabilitación.* 2010; 45(4): p. 292-300.
24. Clavé P, Viridiana A. Trastornos motores esofágicos: Disfagia orofaríngea. *GH Continuada.* 2010; 9(6): p. 267-274.



25. Bascuñana Ambrós H, Gálvez Koslowski S. Tratamiento de la disfagia orofaríngea. Rehabilitación. 2003; 37(1): p. 40-54.
26. Burgos Peláez R, Seguro Gurrutxaga H, Bretón Lesmes I. Soporte nutricional del paciente con ictus. Nutr Hosp. 2014; 29(2): p. 57-66.
27. Calleja Fernández A, Pintor de la Maza B, Vidal Casariego A, Villar Taibo R, Urioste Fondo A, Cano Rodríguez I, et al. Característica técnicas de los productos alimentarios específicos para el paciente con disfagia. Nutr Hosp. 2015; 32(4): p. 1401-1407.
28. Irlles Rocamora JA, García Luna PP. El menú de textura modificada; valor nutricional, digestibilidad, y aportación dentro del menú de hospitales y residencias de mayores. Nutr Hosp. 2014; 29(4): p. 873-879.
29. Centro colaborador español del instituto Joanna Briggs para los cuidados de salud basados en la evidencia. Identificación y manejo de la disfagia en adultos con afectación neurológica. Best Practice. 2007; 4(2): p. 1-6.
30. Barrio Cantalejo IM, Simón Lorda P, Carmona Rega I, Escalona Labela I, Molina Ruiz A, Ayudarte Larios ML. Opinión de los pacientes sobre la legibilidad de los folletos de Educación para la Salud. Index Enferm. 2008; 17(4).

8.- ANEXOS

- **ANEXO I:** Fases de la deglución.



1). FASE DE PREPARACIÓN ORAL: En esta fase se elabora el bolo a través de la masticación y salivación. Fase voluntaria con una duración variable.

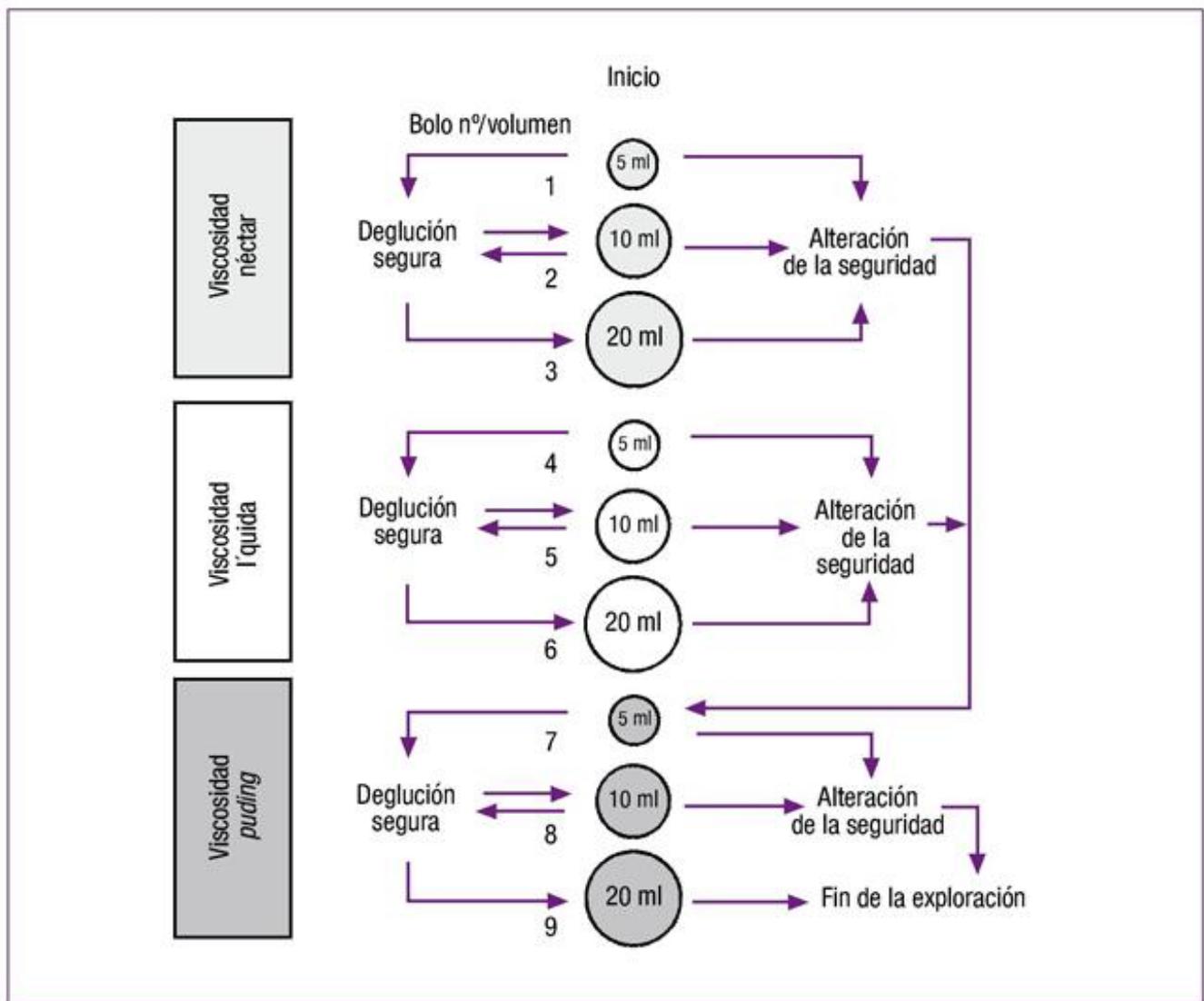
2). FASE ORAL: El bolo es propulsado hacia la parte posterior gracias a la elevación de la lengua. Control voluntario.

3). FASE FARÍNGEA: En esta fase se produce el cierre de la rinofaringe y la glotis, se contrae la faringe y se abre el esfínter esofágico superior (EES). Esta fase se realiza de forma involuntaria y coordinada.

4). FASE ESOFÁGICA: Se produce el peristaltismo del esófago y se abre el esfínter inferior (EEI), permitiendo la entrada del bolo al estómago.

Fuente: Nazar G, Ortega A, Fuentealba I. Evaluación y manejo integral de la disfagia orofaríngea.

• **ANEXO II:** Secuencia de realización del test MECV-V.



Fuente: Clavé P et al. Diagnóstico y tratamiento de la disfagia orofaríngea funcional. Aspectos de interés para el cirujano digestivo.

● **ANEXO III: National Dysphagia Diet (NDD), desarrollada por ADA.**

Tabla I. NIVELES DE TEXTURA DE ALIMENTOS SÓLIDOS EN EL TRATAMIENTO DE LA DISFAGIA		
Textura	Descripción de la textura	Ejemplos de alimentos
1. Puré	Puré homogéneo, cohesivo, sin grumos. No precisa masticación. Distinta viscosidad en función de las necesidades del paciente (poder ser sorbido con una pajita, tomado con cuchara o mantenerse en un tenedor). Se puede añadir un espesante para mantener estabilidad y cohesión.	Puré de patata y verduras variadas con pollo, pescado, carne o huevo. Leche con harina de cereales. Frutas trituradas con galletas. Flan, yogur, natillas.
2. Masticación muy fácil	Alimentos de textura blanda y jugosa que requieren ser mínimamente masticados y pueden ser fácilmente chafados con un tenedor. Incluye alimentos que forman bolo con facilidad. Los más secos deben servirse con salsa.	Espaguetis muy cocidos con mantequilla. Filete de pescado sin espinas desmenuzado con salsa becha mel. Miga de pan untada con tomate y aceite. Jamón cocido muy fino. Queso fresco. Manzana hervida.
3. Masticación fácil	Alimentos blandos y jugosos que pueden partirse con un tenedor. Los alimentos más secos deben cocinarse o servirse con salsas espesas. Deben evitarse los alimentos que suponen un alto riesgo de atragantamiento.	Verdura con patata. Hamburguesa de ternera con salsa de tomate. Miga de pan con mantequilla y mermelada. Fruta madura.
4. Normal	Cualquier tipo de alimento y textura.	Incluye los alimentos con alto riesgo de atragantamiento.

Tabla II. NIVELES DE TEXTURA DE LÍQUIDOS EN EL TRATAMIENTO DE LA DISFAGIA		
Textura	Descripción de la textura	Ejemplos de líquidos
1. Líquida clara	No deja capa en el recipiente que lo contiene.	Agua, infusiones, café, caldo vegetal.
2. Néctar	Deja una fina capa en el recipiente que lo contiene. Puede ser sorbido a través de una pajita. Puede ser bebido directamente del vaso o taza.	Néctar de melocotón . Zum de tomate. Sandía o melón triturados. Crema de calabacín. Cualquier líquido claro con suficiente espesante.
3. Miel	Deja una capa gruesa en el recipiente que lo contiene. Al verterlo cae muy despacio o gotea. No puede ser sorbido a través de una pajita. Puede ser bebido de un vaso o taza.	Fruta triturada. Cualquier líquido con suficiente espesante.
4. Pudding	No cae al verterlo. Adopta la forma del recipiente que lo contiene. No puede ser bebido de un vaso o taza. Debe tomarse con cuchara.	Gelatina. Cualquier líquido con suficiente espesante.

Fuente: Velasco M, Viridiana A, Clavé P, Puiggrós C. Abordaje clínico de la disfagia orofaríngea: diagnóstico y tratamiento.

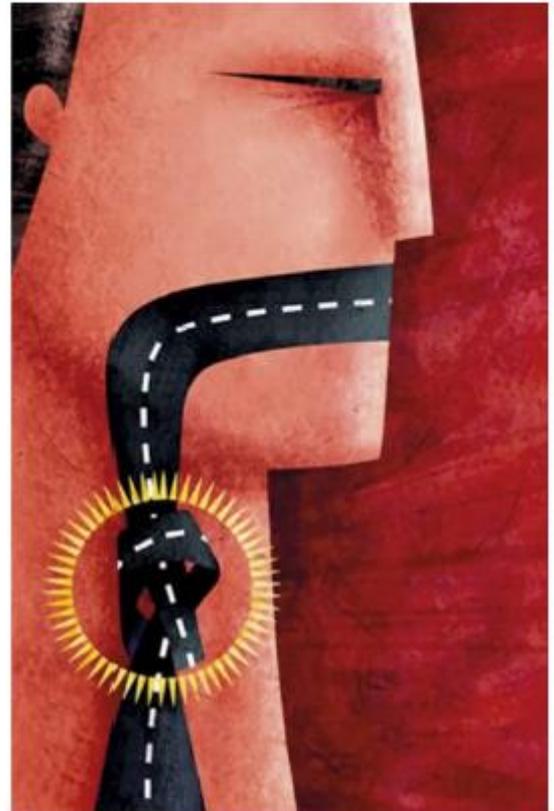


- **ANEXO IV:** Disfagia post-ictus: Guía rápida para tu día a día.

DISFAGIA POST-ICTUS: Guía rápida para tu día a día.



BEATRIZ
DEL OLMO GARCÍA



**DISFAGIA POST-ICTUS:
Guía rápida para
tu día a día.**

Cómo abordar la disfagia post-ictus desde casa

BEATRIZ DEL OLMO GARCÍA

¿QUÉ ES EL ICTUS?

Es una alteración brusca en el flujo sanguíneo del cerebro:

- Por una hemorragia (ruptura de un vaso)



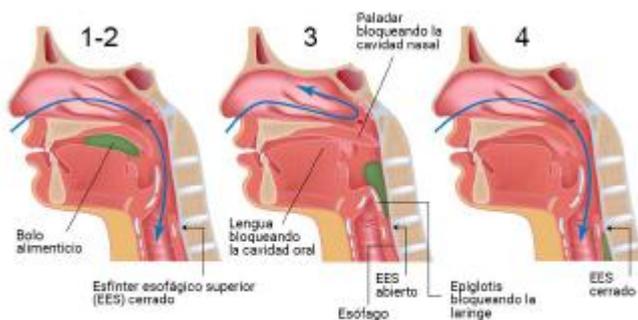
- Por una isquemia (bloqueo de un vaso)



¿QUÉ ES LA DISFAGIA ?

La dificultad de mover el alimento desde la boca hasta el estómago de forma segura (sin atragantamientos ni ahogo).

Es decir, la alteración de la deglución en alguna de sus fases:



¿POR QUÉ TENGO UNA DISFAGIA TRAS SUFRIR UN ICTUS?

La alteración del flujo sanguíneo en el cerebro ha afectado a los mecanismos que controlan la deglución.

¿QUÉ PROBLEMAS PUEDO TENER CON UNA DISFAGIA?

- **ATRAGANTAMIENTOS** : La comida llega hasta los pulmones, lo que impide que respires bien.
- **INFECCIÓN EN LOS PULMONES**: La comida que pase a la vía respiratoria, incluso al pulmón, puede causar infecciones.
- **DESNUTRICIÓN Y DESHIDRATACIÓN**: La disfagia hace que no tomes los alimentos y líquidos que necesitas.

POR ESO ES TAN IMPORTANTE TRATAR LA DISFAGIA, PARA EVITAR ESTOS PROBLEMAS.

Modificar la dieta

+

Estimulación y posturas para comer

=

TRATAMIENTO DE LA DISFAGIA

¿QUÉ PUEDO COMER Y BEBER?

Algunos alimentos, dependiendo de su textura y consistencia, son más fáciles de masticar y tragar que otros.

Debes adaptar la dieta para que tenga la textura y consistencias más seguras en tu caso, y así te sienta bien la comida.

Existen diferentes adaptaciones, hay personas que necesitan los alimentos triturados y otras los líquidos más espesos.

El médico y la enfermera te indicarán qué texturas son las mejores para ti.



ADAPTAR LOS ALIMENTOS SÓLIDOS

Debes adaptar los alimentos a las consistencias adecuadas según tus necesidades:

1 CONSISTENCIA PURÉ: No es necesario masticar (por ejemplo cremas y purés).



2 CONSISTENCIA TRITURADA: masticación muy suave (por ejemplo flan, pastel de pescado o verduras).



3 FÁCIL MASTICACIÓN: No triturados, pueden triturarse con un tenedor (por ejemplo merluza en salsa)



ADAPTAR LOS LÍQUIDOS

La toma de líquidos puede ser peligrosa para una persona con disfagia, para que sea más segura debes aumentar el espesor de los mismos.



Para ello, mezclaremos los líquidos con espesantes (polvos comerciales) hasta conseguir la textura que queramos.

El fabricante nos indicará cómo realizar la mezcla y qué cantidad de espesante debes utilizar.

Es importante conocer las diferentes consistencias que podemos conseguir con el uso del espesante, y utilizar la más segura en cada caso.

Podemos conseguir tres tipos de consistencia:

1 CONSISTENCIA NÉCTAR: Cae formando un hilo fino (como el zumo de melocotón).



2 CONSISTENCIA MIEL: cae en forma de gotas gordas (miel).



3 CONSISTENCIA PUDDING: mantiene su forma al caer (como un flan).



Los espesantes están financiados por el sistema sanitario.

¿QUÉ ALIMENTOS SON MÁS PELIGROSOS?



Hay algunos alimentos que no debes comer, a no ser que los adaptes, porque su textura es difícil de manejar en la boca, como por ejemplo alimentos :

- Con dobles texturas, mezclas de un líquido y un sólido: caldos con pasta o verdura, leche con cereales, yogures con trozos....
- Pegajosos: caramelos, plátano, bollería...
- Fibrosos: espárragos, alcachofas, piña... 
- Secos y duros, o que se desmenucen en la boca: Como por ejemplo frutos secos, patatas chip, tostadas, galletas, pan... 
- Si desprenden o se funden en agua en la boca al morderlos : sandía, naranja, helados... 
- Resbaladizos, se mueven solos en la boca: pasta, guisantes, arroz...
- Con pieles o semillas: guisantes, tomate, uvas... 

¿CÓMO DEBO COMER?

- ✓ Ambiente tranquilo y sin distracciones (no TV/radio).
- ✓ Si te encuentras cansado antes de comer, mejor esperar.
- ✓ Sentado con la espalda y pies apoyados.
- ✓ Nunca comas solo.
- ✓ Evita hablar mientras comes.
- ✓ Retira espinas, cartilagos o grumos de la comida.
- ✓ No comas rápido, ni de forma compulsiva.
- ✓ Permanece incorporado 20 minutos después de comer.
- ✓ Es mejor realizar muchas comidas poco abundantes.
- ✓ Variar las comidas, deben ser equilibradas.
- ✓ Presenta las comidas de forma atractiva en olor, color y formas (puedes utilizar moldes).
- ✓ Debes adaptar los medicamentos.

SI PRECISAS AYUDA PARA COMER:

- ✓ El cuidador debe ponerse a la misma altura.
- ✓ Dar tiempo al paciente para que realice la deglución, sin prisa.



¿ QUÉ PUEDO HACER PARA QUE ME RESULTE MÁS FÁCIL Y SEGURO TRAGAR LOS ALIMENTOS?

Existen diferentes técnicas que ayudan a pasar el alimento, por ejemplo:

- ✓ Flexionar la cabeza hacia delante al tragar, facilitará el paso de la comida e impedirá que vaya a la vía respiratoria.



- ✓ Tomar alimentos ácidos antes de las comidas, por ejemplo unas gotitas de limón, ayudará a producir más saliva y que así sea más fácil masticar y tragar los alimentos.



- ✓ Alimentos fríos.

- ✓ Comer por nosotros mismos.

- ✓ Utilizar material adaptado, como vasos o cucharas.



- ✓ Presionar con la cuchara en la lengua para activarla.

¿QUÉ HAGO ANTE UN ATRAGANTAMIENTO?

Un atragantamiento ocurre cuando la comida se queda parada bloqueando el paso de aire y no podemos respirar bien.

SI LA PERSONA TOSE Y PUEDE RESPIRAR :

Animar para que siga tosiendo hasta que expulse la comida que bloquea la entrada de aire.

SI LA PERSONA NO TOSE Y NO RESPIRA:

Llamar al
112



Maniobra de
Desobstrucción

- Golpear 5 veces en la espalda a la persona.
- Comprobar si ha salido la comida



Maniobra de
Heimlich

- Abrazar a la persona por detrás, y colocar los puños al final del esternón, apretar hacia arriba y atrás 5 veces.
- Comprobar salida de comida



¿ CUÁNDO CONSULTAR CON MI EQUIPO SANITARIO?



- Si he perdido gran cantidad de peso en los últimos meses.
- Si noto que mi piel está más seca de lo normal.
- Si al comer toso demasiado, la comida no me pasa o siempre me quedan restos en la boca.
- Si aparece fiebre.
- Si siento que me cuesta respirar.
- Ante cualquier duda o complicación.

¿QUIÉN ME PUEDE AYUDAR?



- **Personal médico y de enfermería:** te informarán sobre la disfagia y su tratamiento, además seguirán tu evolución.
- **Logopedas:** te ayudarán con la rehabilitación y la aplicación del tratamiento.
- **Nutricionistas:** seguirán tu caso, establecerán las necesidades energéticas que necesitas y te ayudarán a elegir dietas variadas y equilibradas.
- **Asociaciones de pacientes:**

- ICTIA
www.ictia.es



- ASPAYM
www.aspaymcyll.org



- Federación española
del Ictus
www.ictusfederacion.es

