RECOMENDACIONES DE SEGURIDAD Y CUIDADOS EN EL HOGAR

Guía de cuidados en domicilio

Manejo seguro de la disfagia

Recomendaciones prácticas sobre posicionamiento, técnicas de alimentación, adaptación de texturas (IDDSI) e higiene oral para familiares y cuidadores.



1 ¿Qué es la disfagia y cuáles son sus riesgos en casa?

La disfagia orofaríngea es la dificultad para trasladar de forma segura y eficaz los alimentos, líquidos o la propia saliva desde la boca hasta el estómago. Es una secuela común tras un ictus, traumatismo craneoencefálico, enfermedad de Parkinson, ELA, Alzheimer o tratamientos oncológicos de cabeza y cuello.

Tres riesgos principales a evitar en el hogar

- **Neumonía por aspiración:** Ocurre cuando restos de comida, líquidos o secreciones bacterianas entran a la vía aérea y los pulmones.
- **Desnutrición y sarcopenia:** Pérdida de peso y masa muscular por baja ingesta de nutrientes.
- **Deshidratación:** Falta de ingesta adecuada de líquidos por miedo al atragantamiento.

2 Posicionamiento correcto y entorno durante las comidas



90°

Sentada, espalda recta, pies apoyados en el suelo y cabeza alineada

Un posicionamiento adecuado protege la vía respiratoria y reduce hasta en un 25 % el riesgo de aspiración durante la ingesta.

Postura erguida a 90°
La persona debe comer siempre sentada en una silla, con la espalda recta, los pies apoyados en el suelo y la cabeza alineada. Si está en cama, elevar el cabecero a 90°.

Reposar sentado tras comer
Mantener al paciente incorporado durante al menos **30 a 45 minutos después de finalizar** la comida para prevenir el reflujo o la aspiración tardía.

Maniobra de flexión anterior del mentón (Chin Tuck)
Inclinar ligeramente la barbilla hacia el pecho al tragar para ampliar el espacio de protección de la vía aérea.

Entorno tranquilo y sin distracciones
Apagar la televisión, evitar llamadas telefónicas o conversaciones paralelas. Comer requiere el 100 % de la atención del paciente.

⚠ **Estado de alerta: NUNCA** alimentar si la persona está somnolienta, fatigada o agitada. Suspender la ingesta hasta que recupere la atención adecuada.

3 Técnica y pautas de alimentación paso a paso

Control de volumen con cuchara
Utilizar cucharas pequeñas (de postre o café). **NUNCA utilizar pajitas ni jeringas**, ya que lanzan el líquido directamente a la garganta sin control.

Comprobar la boca
Inspeccionar la cavidad bucal para verificar que no queden residuos retenidos en los carrillos o en la lengua.

Lado sano
En pacientes con parálisis facial unilateral, introducir el alimento por la comisura bucal del lado no afectado.

Ritmo pausado
Administrar bocado a bocado, asegurándose de que la persona ha tragado completamente antes de ofrecer la siguiente cucharada.

Estimulación sensorial
Ofrecer alimentos bien fríos o calientes para activar el reflejo deglutorio. Evitar temperaturas ambiente o tibias.

Evitar hablar mientras se come
La persona no debe hablar mientras tiene comida o bebida en la boca.

4

Adaptación de texturas alimentarias (estándar internacional IDDSI)

Modificar la viscosidad de los líquidos y la textura de los sólidos es fundamental para asegurar una deglución eficaz y sin atragantamientos.

TEXTURA O VISCOSIDAD	DESCRIPCIÓN E INDICACIÓN IDDSI	EJEMPLOS Y MANEJO EN CASA
LÍQUIDOS		
2 Néctar IDDSI 2	Se puede beber en taza. Cae formando un hilo fino.	Yogur líquido, zumos con espesante suave (1 cazo por 100 ml)*.
3 Miel IDDSI 3	Cae en gotas gruesas de la cuchara. Se bebe en taza con lentitud.	Batidos espesos, agua espesada a textura miel (2 cazos por 100 ml)*.
4 Pudding IDDSI 4	Mantiene su forma en la cuchara. No se puede beber, se toma con cuchara.	Cremas muy densas, purés homogéneos (3 cazos por 100 ml)*.
SÓLIDOS		
4 Triturado homogéneo IDDSI 4	Textura suave, sin grumos, semillas, pieles ni espinas. No requiere masticación.	Purés túrmix homogéneos de carne, pescado o verduras bien pasados.
5-6 Blanda o picada IDDSI 5-6	Alimentos blandos que se pueden partir fácilmente con el tenedor.	Huevos revueltos, pescado blanco desmenuzado, verduras cocidas.

* La dosis puede variar dependiendo de la marca del espesante.

⚠ Alimentos de alto riesgo a evitar

Dobles texturas
Sopa con fideos o estrellitas, leche con cereales, fruta con jugo (ej. naranja, melón).

Alimentos pegajosos o secos
Frutos secos, galletas secas, miga de pan, arroz suelto, carne deshilachada.

Alimentos desmenuzables
Hojaldre, queso curado desmenuzado, patatas fritas de bolsa.

5

Higiene oral rigurosa: la mayor barrera contra la neumonía

Mantener la cavidad bucal limpia reduce drásticamente las bacterias patógenas en la saliva. Si ocurre una pequeña aspiración silente, una boca limpia minimiza la probabilidad de infección pulmonar.

Cepillado bucal completo

Limpiar dientes, encías y lengua con cepillo suave al menos **dos veces al día** y tras cada comida principal.

Enjuagues o gasas antisépticas

Utilizar clorhexidina sin alcohol o gasas humedecidas si la persona no puede escupir.

PACIENTES CON SONDA (SNG O PEG)

La higiene bucal sigue siendo obligatoria

Aunque el paciente no coma por la boca, la saliva acumula bacterias que pueden pasar a los pulmones.

6

Signos de alerta: cuándo consultar al médico

Acuda al médico rehabilitador, logopeda o enfermera de referencia si detecta alguno de los siguientes síntomas de alarma:

- ⚠ **Tos o carraspeo frecuente**
  Durante o inmediatamente después de tragar alimentos o líquidos.
- ⚠ **Voz «húmeda» o gangosa**
  Alteración de la voz tras deglutir (indica presencia de residuo cerca de las cuerdas vocales).
- ⚠ **Fiebre de origen desconocido**
  Picos febriles o febrícula, especialmente por las tardes.
- ⚠ **Sensación de atascamiento**
  Sensación persistente de alimento retenido en la garganta.
- ⚠ **Rechazo o miedo a comer**
  Pérdida de apetito o tardanza excesiva (más de 45 minutos) en completar la comida.
- ⚠ **Pérdida de peso o signos de deshidratación**
  Orina oscura, boca seca, pérdida progresiva de peso.

♡ **Recuerde:** la rehabilitación de la disfagia requiere paciencia y constancia. Ante cualquier duda o cambio en la capacidad deglutoria de su familiar, consulte siempre con su equipo de neurorrehabilitación de referencia.