

Guía de alimentación

Recomendaciones para personas con parálisis cerebral y otras discapacidades con grandes necesidades de apoyo sobre alimentación y deglución



 **ASPACE**
PARÁLISIS CEREBRAL
Confederación

Guía de alimentación

Recomendaciones para personas con parálisis cerebral y otras discapacidades con grandes necesidades de apoyo sobre alimentación y deglución

Colaboran:



Desde Confederación ASPACE hemos elaborado este documento a partir de las aportaciones de entidades ASPACE a un cuestionario sobre sus prácticas y necesidades de las personas con parálisis cerebral y otras discapacidades con grandes necesidades de apoyo en materia de alimentación y deglución.

En la guía hemos contado con el trabajo de las siguientes personas del **Grupo de Trabajo**:

- **Mª José Aliaga Retabé** en representación del equipo de nutrición de **ASPACE NAVARRA**. *Compuesto por las logopedas: Teresa Tirapu Beracoechea, Berta Moreno Parado y Raquel Chasco Goñi y la nutricionista María Abarzuza Martín.*
- **Cristina Arenas Gómez**. Logopeda Centro Educativo. En representación de **APACE TALAVERA**.
- **Isabel Márquez Gómez**. Maestra de audición y lenguaje. En representación de **GUIMBARDA**.
- **Marta Pascual Matilla**. Médica rehabilitadora. En representación de **ASPACE BIZKAIA**.
- **Elena del Molino Pata**. Logopeda. En representación de **ASPACE SALAMANCA**.
- **Gábor Regueira Lavandeira**. Logopeda de **ASPACE Coruña**. En representación de la Federación **ASPACE Galicia**.

Además, hemos contado con la colaboración de las siguientes entidades, en calidad de **Grupo asesor**:

- **Mar Martínez Ballester**. Enfermera, terapeuta ocupacional y responsable higiénico-sanitaria. En representación de **NEXE FUNDACIÓ**.
- **Diana Monforte Pérez**. Logopeda Centro de Día y Centro Ocupacional. En representación de **APACE TALAVERA**.
- **Sonia Oliden Cuello**. Logopeda. Miembro del Equipo de Implantación de Texturizados. En representación de **ASPACE GIPUZKOA**.
- **Laura Palacio Fernández**, logopeda en el Centro de Apoyo a la Integración. En representación de **ASPACE GIJÓN**.
- **Tanit de Juana Pascual**. Logopeda. En representación de **ASSOCIACIÓ ESCLAT**.
- **Nevenka Pedrosa García**, coordinadora enfermería. En representación de **AVAPACE**.
- **María Cristina Sánchez-Heredero López**. Logopeda Centro Educación Especial y Habilitación. En representación de **APACE TOLEDO**.
- **Marga Velázquez Martín**. Coordinadora del Departamento de Logopedia y Unidad de Alimentación Adaptada. En representación de **ATENPACE**.
- **Inmaculada Vidal Romero**, Responsable del Servicio de Orientación, Apoyo Psicológico y Logopedia. En representación de **ASPACE HUESCA**.

Gracias a los equipos de nutrición, logopedia, psicología y cocina de las entidades participantes en la elaboración de la guía, los cuales han trabajado en coordinación estrecha con los grupos de trabajo y de contraste para la elaboración del contenido que conforma esta guía.

Entidades que han aportado información al cuestionario:

AMAPPACE MALAGA	ASPACE JAÉN	ASPACE CATALUÑA	GUIMBARDA
ASPACE ASTURIAS	ATENPACE	ASPACE PALENCIA	AREMI
ASPACE HUESCA	APACE TOLEDO	NUMEN	ASPACE GIPUZKOA
ASPROPACE	ASPACE BIZKAIA	APPC TARRAGONA	ASPACE SEVILLA
AMENCER ASPACE	ASPACE LEÓN	ASPACE CORUÑA	ASPACEBA
ASPACE ÁVILA	APCA ALICANTE	ASPACE RIOJA	ASPACE GRANADA
ASPACEIB	APAMP VIGO	UPACE SAN FERNANDO	ASPACE VALLADOLID
ASTRAPACE MURCIA	ASPACE BURGOS	APRODISCA	
APACE TALAVERA	ASPACE NAVARRA	ASPACE GIJÓN	
ASPACE BALEARES	FUNDACIÓN MARESMÉ	ASPACE SALAMANCA	

Coordinación:

Marta Ibáñez. Coordinadora de proyectos. **CONFEDERACIÓN ASPACE**.

Apoyo de secretaría:

Yolanda Fillat Delgado, Consultora.

Imágenes:

Cortesía del Grupo de Trabajo, Ilunion Salud y Confederación ASPACE.

Depósito legal: M-37902-2018

2018 © CONFEDERACIÓN ASPACE

Reservados todos los derechos. Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra sólo se puede realizar con la autorización de Confederación ASPACE y señalando la fuente.

Edita: Confederación ASPACE
www.aspace.org

1	Introducción	6
1.1.	¿Para qué sirve esta guía?	7
1.2.	¿A quién se dirige esta guía?	8
1.3.	¿En base a qué principios elaboramos esta guía?	8
1.4.	Algunos conceptos previos	9
2	Las necesidades que presentan las personas con parálisis cerebral y otras discapacidades con grandes necesidades de apoyo. Apoyos y adaptaciones que requieren	12
2.1.	Control postural	15
2.2.	Técnicas logopédicas	21
2.3.	Maniobras deglutorias y de alimentación	24
2.4.	Dieta e higiene buco-dental	27
2.5.	Adaptaciones de alimentos y texturas	33
2.6.	Productos de apoyo	38
2.7.	Adaptaciones del entorno	47
2.8.	Coordinación con la familia	52
2.9.	Acompañamiento psicológico	55
3	Píldora formativa: buenas prácticas al dar de comer	59
4	Especial consideración y recomendaciones para las personas con dieta enteral	61
5	La innovación en texturizados	64
	Anexo 1 – Ejemplo de entrevista sobre rutinas de alimentación de ASPACE Coruña	75
	Anexo 2 – Tabla de niveles de texturizados	84
	Anexo 3 - Fuentes y referencias	88

1. INTRODUCCIÓN

The background is a solid blue color. In the lower half, there are several white, thin, curved lines that form abstract, organic shapes, resembling stylized leaves or petals. These lines are scattered across the bottom and right portions of the page.

1.1. ¿PARA QUÉ SIRVE ESTA GUÍA?

Para facilitar pautas adecuadas para la alimentación y deglución de las personas con parálisis cerebral y otras discapacidades con grandes necesidades de apoyo, sin perder de vista que **la alimentación y deglución** son aspectos básicos que condicionan su calidad de vida:

- 1 El **bienestar físico** de cualquier persona, ya que tiene que ver tanto con una alimentación segura y eficaz, como con hábitos saludables de dieta equilibrada, nutrición, cuidado de la salud.
- 2 El desarrollo de su **autonomía**, propiciando aprendizajes, apoyos posturales, y la utilización de productos de apoyo que favorezcan su participación en el proceso de alimentación.
- 3 El desarrollo de su **autodeterminación**, favoreciendo técnicas y texturas que favorezcan que la persona pueda identificar y expresar sus gustos y preferencias en sabores, colores, consistencias, presentación, etc.
- 4 Su **bienestar emocional**, aportándoles la posibilidad real de saborear y disfrutar del momento de la comida, como cualquier otra persona, que lo espera y disfruta como un momento especial del día.
- 5 El ejercicio de su **participación y ciudadanía activa**, mediante la innovación en texturas y técnicas que permitan compartir espacios de ocio y participación en la comunidad, en torno a celebraciones familiares o momentos compartidos con amigos y amigas (cumpleaños, comidas, cenas...), aprovechando todas estas oportunidades de participación, inclusión social e interrelaciones personales.

En efecto, esta Guía se enmarca en el enfoque de **participación y ciudadanía activa** que promovemos desde Confederación ASPACE, siendo la alimentación y deglución un ámbito en el que generar más y mejores oportunidades y condiciones para ello.

De hecho, **las personas con parálisis cerebral y otras discapacidades con grandes necesidades de apoyo participan activamente en el proceso de alimentación**, como las demás personas:

- Cuando disponen de una alimentación segura y saludable.
- Cuando identifican y expresan sus gustos y preferencias, y eligen, en la medida de lo posible, lo que desean comer.
- Cuando proponen otras formas de preparar los alimentos.
- Cuando saborean y disfrutan de los alimentos.
- Cuando están incluidos en las celebraciones, en los momentos de ocio, porque pueden compartir y saborear los mismos alimentos.

Avanzar en oportunidades y condiciones para mejorar su calidad de vida a través del proceso de alimentación (en las dimensiones de bienestar físico, bienestar material, autodeterminación, inclusión social y relaciones interpersonales) requiere:

- Desarrollar los apoyos (postura, productos de apoyo, apoyo del equipo profesional) de manera que permitan motivar a la persona, así como identificar y expresar sus gustos, preferencias, necesidades, satisfacción, y fomentar al máximo su autonomía.
- Aplicar técnicas y metodologías que permitan adaptar los alimentos y texturas a las necesidades, gustos y preferencias de cada persona.
- Innovar en técnicas y metodologías (como los texturizados) que permitan ofrecer una mayor variedad y hacer más atractivos los alimentos.
- Involucrar en este enfoque de participación y ciudadanía activa a las organizaciones que les prestan servicios y apoyos, así como al equipo profesional involucrado en el proceso de alimentación.
- Involucrar a la propia persona y a su familia desde este mismo enfoque.
- Involucrar al conjunto de la sociedad, avanzando en la “accesibilidad universal” de la alimentación.

1.2. ¿A QUIÉN SE DIRIGE ESTA GUÍA?

A las personas profesionales que desarrollan apoyos en alimentación y deglución para las personas con parálisis cerebral y otras discapacidades con grandes necesidades de apoyo: tanto en entidades del Movimiento Asociativo ASPACE como de cualquier otra organización.

A las propias personas con parálisis cerebral y otras discapacidades con grandes necesidades de apoyo, para favorecer que participen de forma activa en el proceso de alimentación: proponiendo, probando, identificando y expresando sus gustos, preferencias, necesidades...

A las familias, involucrándolas en la aplicación de técnicas y metodologías que faciliten una mayor participación de sus familiares en el proceso de alimentación, así como la preparación de alimentos en casa con texturas más seguras, consistencias, sabores...

A la sociedad en general, promoviendo que los bares, restaurantes, espacios de ocio... avancen en incorporar en su oferta una "alimentación en condiciones de accesibilidad universal para todas las personas".

1.3. ¿EN BASE A QUÉ PRINCIPIOS ELABORAMOS ESTA GUÍA?

1

ALIMENTACIÓN SEGURA

Las personas con parálisis cerebral y otras discapacidades con grandes necesidades de apoyo, debido a las dificultades motrices, físicas, anatómicas y de comunicación que presentan, pueden presentar en el proceso de masticación y deglución una coordinación de movimientos desajustada, anomalías estructurales y fisiológicas, o una situación de maduración y desarrollo de la motricidad bucofacial alterada. Esta realidad requiere adaptar el proceso de masticación y deglución para eliminar cualquier riesgo de atragantamiento y/o aspiración, así como asegurar una hidratación y nutrición adecuadas.

2

DIETA EQUILIBRADA Y SALUDABLE

Las adaptaciones en los alimentos deben asegurar en todo caso a estas personas una dieta equilibrada, saludable y eficaz, con aportes nutricionales variados, cubriendo todas sus necesidades nutricionales, en las cantidades recomendadas por la Organización Mundial de la Salud en los distintos grupos de alimentos y considerando la actividad física y estilo de vida que cada persona realiza.

3

INDIVIDUALIZACIÓN, PARTICIPACIÓN Y SATISFACCIÓN

La alimentación debe adaptarse a cada persona, considerando sus necesidades, su evolución, edad, las dificultades que presenta en masticación y/o deglución, así como otras necesidades y situaciones que presenta (bien de forma estable o como consecuencia de alguna situación o enfermedad concreta): estreñimiento, obesidad, desnutrición, diabetes, disfagia, alergias... Asimismo, se debe adaptar a los gustos y preferencias de cada persona, para motivarle y procurarle experiencias satisfactorias y significativas en el momento de la alimentación. Es por ello fundamental favorecer su participación en la identificación y expresión de los gustos y deseos, potenciando su máxima autonomía en el proceso de alimentación.

4

ALIMENTACIÓN ACCESIBLE, PARA TODAS LAS PERSONAS

Las personas con parálisis cerebral y otras discapacidades con grandes necesidades de apoyo, deben poder acceder a una amplia y variada oferta de alimentos, igual que el resto de las personas, siempre con las texturas más adecuadas en cada caso para asegurar una alimentación segura.

1.4 ALGUNOS CONCEPTOS PREVIOS

■ **NUTRICIÓN**

Conjunto de procesos que se realizan en nuestro organismo que comprenden la digestión de alimentos, la absorción de sus nutrientes, su utilización por los tejidos e incluso la eliminación de los productos de desecho.

■ **ALIMENTACIÓN**

Son todas las actividades y procesos que sirven para procurarnos los alimentos, introduciendo en el organismo los nutrientes necesarios para vivir.

Es una actividad humana que está influenciada por factores culturales, religiosos, psicológicos, socioeconómicos, geográficos...

■ **DEGLUCIÓN**

Es el transporte del bolo alimenticio, líquidos o saliva desde la cavidad oral al estómago, en el que el aparato respiratorio y digestivo se coordinan con el fin de ingerir el alimento y no dejar que éste pase a vías respiratorias.

Es una de las acciones más complejas que la persona realiza diariamente, ya que pone en movimiento varios nervios y músculos a la vez, tanto de la boca como de la faringe o el esófago.

Es un acto reflejo que comparte con el habla y la respiración un mismo y complicado proceso que, en condiciones habituales de salud, no somos conscientes que utilizamos.

La deglución la realizamos alrededor de 600 veces al día. Se trata de un mecanismo complejo de fuerzas, movimientos, presiones en la boca, la faringe y el esófago, en el que intervienen 30 músculos, 6 pares craneales y tres segmentos cervicales, controlados por el *Centro de la Deglución* que se ubica en el bulbo del encéfalo.

La deglución supone:

- **Toma del alimento, líquido o formación de saliva.**
- **Cierre de los labios y contacto con los dientes, masticación, y ensalivación, avance de la lengua y subida de la misma al paladar ejerciendo presión sobre éste (se impide así la regurgitación nasofaríngea).**
- **El bolo alimenticio parte hacia atrás debido a la presión que ejerce la lengua.**
- **El bolo estimula la zona posterior de la faringe y se dispara el Reflejo de Deglución. Esto supone el paso por la encrucijada respiratorio-digestiva: cierre velofaríngeo, cierre laríngeo, descenso de la epiglotis, elevación y desplazamiento anterior de la laringe, para proteger la tráquea, y finalmente relajación del esfínter esofágico superior, pasando el alimento de la faringe al esófago.**
- **Llegada del bolo al esfínter esofágico superior, y empuje del alimento hasta el estómago a través de contracciones musculares peristálticas.**

1 - INTRODUCCIÓN

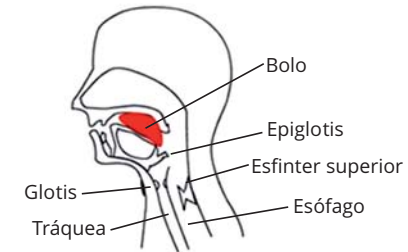
La deglución consta de estas fases:

1

FASE PREPARATORIA-ORAL

Con una parte preparatoria, voluntaria, durante la cual los alimentos son procesados (masticación, salivación, mezcla) formándose el bolo alimentario.

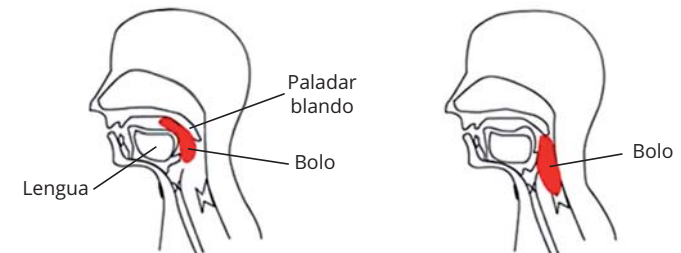
Y una parte propulsiva, en la que se coloca el bolo sobre la lengua y esta lo empuja hacia la faringe, disparándose el reflejo deglutorio. A partir de aquí la deglución no es voluntaria.



2

FASE FARÍNGEA

Supone el paso por la encrucijada respiratorio-digestiva, produciéndose una apnea de deglución. Así se impide el paso de los alimentos a la vía respiratoria, y se propulsan hacia el esfínter esofágico superior, hacia el esófago.

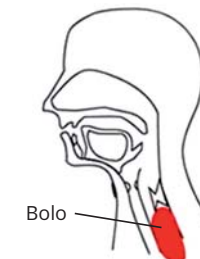


3

FASE ESOFÁGICA

Se produce una contracción progresiva de la musculatura del esófago que desliza el bolo alimenticio hasta el estómago.

La coordinación y la sincronización en el transporte del bolo alimenticio por cada una de estas etapas, están reguladas por un sistema valvular de apertura y cierre (labios, velo lingual, velo nasofaríngeo, glotis, esfínter esofágico superior) que nos aporta seguridad en la eficacia del mecanismo (evita escapes y derrames impidiendo el paso a la vía respiratoria).



Fuente: <https://www.neuroespai.com/disfagia/>

1 - INTRODUCCIÓN

■ **DISFAGIA**

Es la dificultad o incapacidad para tragar o deglutir alimentos sólidos, líquidos y semisólidos.

Ya sea por falta de control neurológico o por algún trastorno mecánico (dientes en mal estado, estenosis en el esófago, etc...) el proceso de mover los alimentos o los líquidos de la boca al estómago requiere más tiempo y esfuerzo, a veces se torna imposible o peligroso.

Las personas con parálisis cerebral y otras discapacidades con grandes necesidades de apoyo pueden presentar disfunciones en:

- Succión y mímica facial.
- Coger el alimento.
- Retención del alimento y la saliva.
- Masticación y mezcla de alimento, es decir, su conversión en bolo alimenticio.
- Desplazamiento del bolo por la boca, la faringe y el esófago.
- Aseguramiento del sello de la vía respiratoria garantizando su protección, evitando atragantamientos, penetraciones y aspiraciones.
- Presencia de reflujo gastroesofágico.
- Aspiración (alimento pasa hacia pulmones).

La disfagia puede dar lugar a neumonías, a cuadros de desnutrición y a deshidratación.

■ **ASPIRACIÓN**

Se produce cuando el alimento entra a la vía aérea, con el correspondiente riesgo de asfixia o ahogo de la persona:

- Algunas son muy evidentes: la persona tose, se lleva las manos a la garganta, nos da la sensación que se ahoga.
- Otras son silentes, no tenemos signos tan evidentes.

Siempre que se sospeche hay que consultar al servicio médico.

¿Cuáles son los principales signos de alarma que nos van a hacer sospechar una deglución ineficaz o de riesgo?

- Comidas excesivamente prolongadas: más de 45 minutos ya se considera situación de riesgo. Agotamiento durante la alimentación.
- Rechazo de la comida, nerviosismo antes y durante el momento de comer.
- Conductas selectivas con los alimentos.
- Tos o carraspeo durante y después del proceso deglutorio, pudiendo ser débil o no resolutiva.
- Cambios en la calidad y el tono de la voz coincidiendo con las comidas. Presencia de voz débil y húmeda.
- Necesidad de tragar varias veces para poder tomar una misma cucharada.
- Degluciones fraccionadas o que queden residuos en zona oral y faríngea.
- Aumento de duraciones de recorridos orales y faríngeos.
- Cambio en la actitud corporal con ojos vidriosos, como asustados.
- Sudoración.
- Cambios de color en la piel, en los labios, aparición de ojeras o cianosis en la punta de los dedos o labios.
- Fatiga y ruidos respiratorios. Bostezos frecuentes.
- Presencia constante de flemas.
- Regurgitación nasal: el alimento sale por la nariz.
- Infecciones respiratorias de repetición, otitis de repetición, frecuentes neumonías.
- Odinofagia: dolor al tragar.
- Falta de ganancia mantenida de peso o disminución del mismo.

2. LAS NECESIDADES QUE PRESENTAN LAS PERSONAS CON PARÁLISIS CEREBRAL Y OTRAS DISCAPACIDADES CON GRANDES NECESIDADES DE APOYO. APOYOS Y ADAPTACIONES QUE REQUIEREN

2 - LAS NECESIDADES QUE PRESENTAN LAS PERSONAS CON PARÁLISIS CEREBRAL Y OTRAS DISCAPACIDADES CON GRANDES NECESIDADES DE APOYO. APOYOS Y ADAPTACIONES QUE REQUIEREN

Las personas con parálisis cerebral y otras discapacidades con grandes necesidades de apoyo presentan necesidades de apoyo en estos **9 ámbitos**, sobre los que hay que considerar distintos apoyos, adaptaciones y pautas de intervención:

Hay que tener en cuenta que la valoración y el análisis de las necesidades que presenta cada persona, su diagnóstico, así como la identificación y aplicación de las soluciones y adaptaciones individualizadas en cada uno de estos ámbitos, se debe realizar por parte de un equipo de trabajo multidisciplinar y desde una metodología de trabajo colaborativa y *transdisciplinar* (*) entre las entidades ASPACE, el personal sanitario, las familias y las propias personas.



(*) Metodología de trabajo transdisciplinar: abarca varias disciplinas de forma transversal, trascendiendo su ámbito de acción por encima de cada una de ellas.

2 - LAS NECESIDADES QUE PRESENTAN LAS PERSONAS CON PARÁLISIS CEREBRAL Y OTRAS DISCAPACIDADES CON GRANDES NECESIDADES DE APOYO. APOYOS Y ADAPTACIONES QUE REQUIEREN

EQUIPO MULTIDISCIPLINAR - COORDINACIÓN Y METODOLOGÍA TRANSDISCIPLINAR DE TRABAJO EN TORNO A CADA PERSONA



2 - LAS NECESIDADES QUE PRESENTAN LAS PERSONAS CON PARÁLISIS CEREBRAL Y OTRAS DISCAPACIDADES CON GRANDES NECESIDADES DE APOYO. APOYOS Y ADAPTACIONES QUE REQUIEREN

2.1. CONTROL POSTURAL

A Las necesidades que presentan las personas con parálisis cerebral y otras discapacidades con grandes necesidades de apoyo

La postura es parte fundamental del control del movimiento y del desempeño funcional de una persona. En el control postural se integran diferentes sistemas fisiológicos que pueden estar afectados o presentan dificultades.

Las dificultades del control postural en personas con parálisis cerebral son el resultado de múltiples factores: los problemas de integración sensorial, las alteraciones musculoesqueléticas secundarias, y los problemas de coordinación a partir de los desórdenes motores.

Resulta fundamental cuidar la postura siempre, y en especial en el momento de la alimentación, ya que una postura correcta mejora la efectividad para masticar y tragar de forma segura.

El hecho de no mantener una adecuada postura puede suponer para la persona:

- La falta de retención de alimentos (alimento cae fuera de la boca).
- Dificultad de masticación/mascado de alimentos.
- Deglución retardada (tragar el alimento se demora en exceso).
- Aspiración y riesgo de que el alimento pueda pasar a los pulmones.
- Alteraciones respiratorias graves (neumonías aspirativas graves).

Problemas que se pueden producir si no se mantiene una postura adecuada:

- **Mandíbula inestable (boca se mueve sin control).**
- **Mandíbula deprimida (boca abierta).**
- **Retracción lingual (lengua se dirige hacia atrás en la boca).**
- **Protrusión lingual (lengua tiende a moverse fuera de la boca).**
- **Incoordinación de lengua (lengua se mueve sin control).**
- **Retracción del labio superior (labio superior se acorta).**

B Los apoyos, las estrategias y las pautas de intervención

El control postural antigravitatorio es necesario para que otros movimientos tengan lugar, siendo necesario un punto de estabilidad y un punto de movilidad para que el movimiento ocurra.

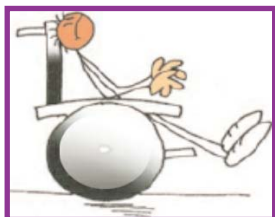
Los sistemas de posicionamiento están diseñados para proveer a la persona del apoyo necesario con el fin de balancear la estabilidad y el movimiento, pero no para restringir este último.

¿Qué es necesario asegurar?

Para un funcionamiento oral eficaz, una deglución segura y el fomento de la autonomía; es necesario asegurar la estabilidad de la articulación témporo-mandibular, de la lengua y de los sistemas implicados en la deglución, así como del tronco y de las extremidades.

2 - LAS NECESIDADES QUE PRESENTAN LAS PERSONAS CON PARÁLISIS CEREBRAL Y OTRAS DISCAPACIDADES CON GRANDES NECESIDADES DE APOYO. APOYOS Y ADAPTACIONES QUE REQUIEREN

Recomendaciones para mantener un adecuado control postural en el comedor



Procura que esté **bien sentado**, que el ángulo de sedestación sea lo más próximo a 90°.



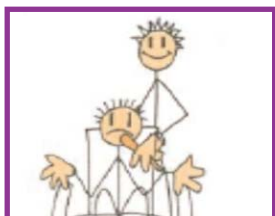
Respetar el espacio donde como; por favor, que no me invadan.



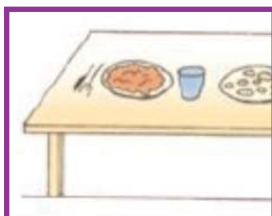
Es importante que esté **próximo a la mesa** y, si es posible con los **brazos apoyados** para evitar malas posturas.



Evita la hiperextensión de mi cuello, para tragar mejor y evitar aspiraciones de alimentos.



Ponte delante o a mi lado para orientar bien la cuchara o el vaso; verás mi expresión y evitarás hiperextensiones.



Infórmate de mis problemas de disfagia y adecua las texturas de cada alimento según mis necesidades.



No pongas mucha comida en la cuchara y espera a que trague antes de ponerme otra, anticipame qué como.



Si tengo reflejo de mordida **no tires de la cuchara**, me puedes hacer daño.



Si es posible ofréceme la posibilidad de **escoger** lo que me apetece.



Si no es imprescindible, no mezcles un plato con otro porque alteras su sabor.



Si empiezo a toser, inclina mi cabeza hacia adelante haciendo una flexión. Evita golpear mi espalda para no hacer aspiraciones.

Fuente: PRODIS

2 - LAS NECESIDADES QUE PRESENTAN LAS PERSONAS CON PARÁLISIS CEREBRAL Y OTRAS DISCAPACIDADES CON GRANDES NECESIDADES DE APOYO. APOYOS Y ADAPTACIONES QUE REQUIEREN

Para mantener un adecuado control postural necesitamos el funcionamiento y coordinación de todos estos elementos:

- Alineación y control de tronco (poder mover el tronco controladamente) e inhibir movimientos involuntarios.
- Desarrollo del control de cabeza.
- Tono postural lo más normalizado posible.
- Puntos de estabilidad y movilidad: facilitar que una zona del cuerpo esté apoyada para que otra zona pueda moverse.
- Estabilidad y alineación de las cinturas escapular y pélvica (pelvis y hombros).
- Integración de planos de movimiento del tronco (que el tronco tenga posibilidad de moverse en todas direcciones controladamente).

¿Qué posturas propiciar para ello?:

- Cabeza, tronco y pelvis alineados.
- Triple flexión de miembros inferiores (sentado con caderas, rodillas y tobillos en 90°).
- Brazos apoyados sobre una mesa o una bandeja con escotadura cuando se alimenta en silla de ruedas para dar estabilidad a la cintura escapular.
- Pies apoyados sobre una superficie firme.
- Tono postural lo más normalizado posible.

¿Qué otras pautas considerar para el control postural?:

- Alineación del eje corporal:
 - Apoyos para estabilizar cabeza y mandíbula para facilitar la apertura de boca, el cierre de labios, la maniobra mano-mentón, etc.
 - Colocar la cabeza para que la vía respiratoria quede protegida.
 - Rectificar la basculación de la silla de forma que el cuerpo quede en un ángulo de aproximadamente 90 grados.

- Es imprescindible en las personas con reflujo gastroesofágico, hernia de hiato, o disfagia, mantener tras la comida un tiempo en posición incorporada en su silla o en un sistema de descanso, manteniendo el tronco semi incorporado o incorporado por encima de los 45°.

El eje corporal estará bien alineado cuando se dan todas estas condiciones:

- Flexión neutra de cabeza (línea media, simétrica y con estabilidad).**
- Elongación de cuello.**
- Hombros estables y en posición baja.**
- Tronco elongado.**
- Pelvis estables, simétricas y en posición neutral.**
- Pies con leve dorsiflexión.**

(Anderson y Rogers)

¿Qué métodos o técnicas de control postural tener en cuenta?:

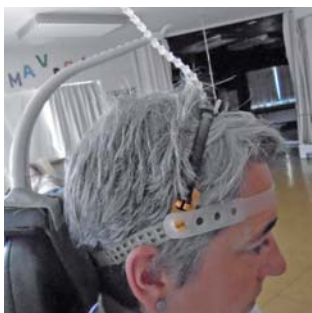
Hay una gran variedad de métodos de control postural, los que más utilizamos en el movimiento ASPACE son los basados en las Técnicas de Le Métayer, Bobath y Castillo Morales.

¿Qué productos de apoyo se necesitan para facilitar el control postural?:

- Adaptaciones necesarias para personas que acceden a las sillas de comedor.
- Adaptaciones para personas que han de comer en su silla de ruedas.
- Reclinaciones o basculaciones sólo en los casos en que sea posible, y siempre asegurando el alineamiento de la faringe.
- Hay adaptaciones comerciales y otras que desde las entidades de ASPACE se idean y confeccionan de forma individualizada.

2 - LAS NECESIDADES QUE PRESENTAN LAS PERSONAS CON PARÁLISIS CEREBRAL Y OTRAS DISCAPACIDADES CON GRANDES NECESIDADES DE APOYO. APOYOS Y ADAPTACIONES QUE REQUIEREN

Productos de apoyo para control postural



Headpod



Adaptaciones para control de cuello y tronco



Silla basculada con control de tronco, taco y reposacabezas



Silla con cincha y taco reposapiés



Silla con taco abductor



Cuña de aproximación del tronco y alza para disminuir distancia plato-boca



Molde pélvico



Reductor de seno para control de tronco



Silla postural con control de tronco y taco propioceptivo

Fuente: Grupo de trabajo, con la colaboración de sus respectivas entidades de ASPACE

2 - LAS NECESIDADES QUE PRESENTAN LAS PERSONAS CON PARÁLISIS CEREBRAL Y OTRAS DISCAPACIDADES CON GRANDES NECESIDADES DE APOYO. APOYOS Y ADAPTACIONES QUE REQUIEREN

Otros:

- Apoyos de toda índole: almohadas, cojines, cinchas pélvicas, chalecos, reposa cabezas, soportes de sedestación, tronas, sillas de paseo y sedestación adaptadas a cada persona usuaria, reposapiés, bandas para la cabeza etc.
- Mesas con escotadura, agarre normal (apoyo), mesas o soportes auxiliares.
- Cuñas para mantener la postura durante la comida.
- Adaptación de materiales.
- Muñequera con peso.

Recomendaciones sobre la postura de la persona que apoya:

El equipo profesional, familia o cualquier otra persona que apoya en este proceso, debe tener en cuenta estas recomendaciones sobre su postura:

- Situarse al lado o frente a la persona, a la altura de sus ojos. Uso de banquetas regulables por parte de los cuidadores con ruedas y que permiten regular la posición y la altura, y situarse frente o al lado de la persona.
- No dar nunca la comida de pie porque provoca una hiperextensión del cuello y por tanto disminuye la protección de las vías respiratorias.
- Buscar la comodidad de la persona.
- Espalda recta siempre que sea posible 90°.
- Con los pies bien apoyados en el suelo.
- En el caso de niños o niñas, el paso de alimentación en brazos a silla adaptada no debe alargarse más tiempo del necesario.

Otras recomendaciones en la intervención:

- Participación de todo el equipo profesional en la valoración de cada persona y la aportación de pautas de intervención individualizada para cada persona: terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, logopeda, asesoramiento médico, ortopeda, etc.

- Trabajo conjunto entre el equipo profesional para valorar y buscar los soportes necesarios, para conseguir un buen control postural y que la persona se sienta cómoda y libre.
- Formación del equipo profesional en técnicas para evitar malas posturas, tanto en la persona cuidadora como en la persona usuaria.
- Presencia del equipo profesional en los comedores para valorar y corregir la práctica diaria en cuanto a modificación de texturas, posturas a la hora de dar de comer, etc.

C Los resultados que conseguimos

PARA LA PERSONAS CON PARÁLISIS CEREBRAL Y OTRAS DISCAPACIDADES CON GRANDES NECESIDADES DE APOYO

- Alimentación más segura y eficaz (sin riesgo de que entre alimento a los pulmones).
- Mejorar la interacción de la persona con quien le apoya y su entorno.
- Lograr que la persona participe más activamente en el proceso de alimentación.
- Prevenir posturas y patrones de movimientos anormales que provoquen complicaciones secundarias (evitar que puedan aparecer deformidades en columna y extremidades).
- Proceso satisfactorio de la alimentación.
- Asegurar un ritmo adecuado, evitando prisas, para que el proceso de deglución sea seguro y respetuoso.

PARA LA PERSONA O PERSONAS QUE LE APOYAN

- Prevenir que la persona de apoyo sufra problemas musculoesqueléticos como consecuencia de posturas inadecuadas como: tendinitis, contracturas musculares y otros.
- Compartir de forma agradable el momento de la alimentación con la persona.

2 - LAS NECESIDADES QUE PRESENTAN LAS PERSONAS CON PARÁLISIS CEREBRAL Y OTRAS DISCAPACIDADES CON GRANDES NECESIDADES DE APOYO. APOYOS Y ADAPTACIONES QUE REQUIEREN

2.2. TÉCNICAS LOGOPÉDICAS

A Las necesidades que presentan las personas con parálisis cerebral y otras discapacidades con grandes necesidades de apoyo

Los trastornos del lenguaje, la comunicación, el habla o la alimentación son muy variables entre las personas con parálisis cerebral.

La logopedia es la disciplina sanitaria que engloba el estudio, evaluación, prevención, diagnóstico y tratamiento de los trastornos de la comunicación, la audición y las funciones orofaciales no verbales (masticación, deglución, respiración...).

Las técnicas logopédicas se adaptan a las necesidades específicas de cada persona.

Las principales alteraciones que se presentan en el ámbito de la logopedia, influyendo todas ellas en el proceso de alimentación y deglución, son las siguientes:

- **Alteraciones motóricas y sensitivas más frecuentes que afectan al habla, voz y deglución:**
 - De la mímica facial.
 - De la zona oral/perioral y de los reflejos orales.
 - Del tono muscular y de la actividad postural general que dificultan la emisión vocal y la deglución.
 - De la respiración.
 - De la emisión vocal.
 - De la fluencia del lenguaje y en la prosodia (entonación).
 - De resonancia: hipernasalidad constante o intermitente.
 - De la articulación de los órganos bucofonatorios (labios, mejillas, lengua...).
 - De la audición.
 - Problemas sensoriales en la zona oro-facial que aumentan o disminuyen la sensibilidad y puede provocar rechazos hacia algunas texturas, temperaturas, sabores, etc.

- **Dificultades en la comunicación y la adquisición del desarrollo lingüístico.**
- **Dificultades en la alimentación:** producen la alteración del tono y la motricidad de la zona oral. Afectan principalmente a las funciones orofaciales de succión, deglución, masticación y respiración. Estas alteraciones están muy relacionadas con las dificultades en el desarrollo del habla, ya que implican la misma musculatura. Estas dificultades pueden desembocar en problemas nutricionales, de hidratación, infecciones respiratorias por aspiración...
- **Exceso de salivación o sialorrea.**
- **Otras dificultades asociadas:** bruxismo, dolor de la articulación temporomandibular.

B Los apoyos, las estrategias y las pautas de intervención

El equipo de logopedas lleva a cabo técnicas logopédicas dirigidas a desarrollar movimientos coordinados de los sistemas oro-fonatorios y respiratorios, tanto para la deglución como para el habla, con estos objetivos:

- Desensibilizar o sensibilizar las zonas perioral, bucal y facial. En algunos casos hay que trabajar la sensibilidad por afectación sensitiva de dichas zonas.
- Regular tono y motricidad perioral-facial.
- Potenciar la motricidad voluntaria y refleja.
- Reeducción respiratoria.
- Facilitar la autonomía.
- Reeducción deglutoria.

Técnicas que se aplican:

- Estimulación táctil (masaje), térmica, gustativa o vibratoria de estructuras faciales e intraorales.
- Ejercitación de los órganos fono-articulatorios, masticatorios y deglutorios.

2 - LAS NECESIDADES QUE PRESENTAN LAS PERSONAS CON PARÁLISIS CEREBRAL Y OTRAS DISCAPACIDADES CON GRANDES NECESIDADES DE APOYO. APOYOS Y ADAPTACIONES QUE REQUIEREN

Otras pautas y recomendaciones:

- Realizar la estimulación del reflejo de deglución y la sensibilidad oral (cuando la persona mantiene mucho tiempo el alimento en la boca y hay riesgo de aspiración).
- Resulta fundamental el apoyo a través de estas técnicas también para favorecer la comunicación con la persona para conocer sus gustos, deseos y hacerle participe del proceso de alimentación.
- El equipo de logopedas aporta pautas adecuadas de intervención, tanto a las propias personas usuarias como a las de apoyo, en el proceso de alimentación, desde la metodología de trabajo transdisciplinar.

C Los resultados que conseguimos

PARA LA PERSONAS CON PARÁLISIS CEREBRAL Y OTRAS DISCAPACIDADES CON GRANDES NECESIDADES DE APOYO

- Mayor autonomía de la persona para realizar por sí misma la masticación y el control de su deglución.
- Mayor participación de la persona en el proceso de alimentación al mejorar sus posibilidades de comunicación e interacción.

PARA LA PERSONA O PERSONAS QUE LE APOYAN

- Mayor posibilidad de comunicarse e interactuar con la persona, conocer lo que desea.
- Reducción de intervenciones que sustituyen a la persona apoyada: en sus movimientos, decisiones y elecciones.
- Compartir de forma agradable el momento de la alimentación con la persona.

2 - LAS NECESIDADES QUE PRESENTAN LAS PERSONAS CON PARÁLISIS CEREBRAL Y OTRAS DISCAPACIDADES CON GRANDES NECESIDADES DE APOYO. APOYOS Y ADAPTACIONES QUE REQUIEREN

2.3. MANIOBRAS DEGLUTORIAS Y DE ALIMENTACIÓN

A Las necesidades que presentan las personas con parálisis cerebral y otras discapacidades con grandes necesidades de apoyo

Muchas personas con parálisis cerebral y otras discapacidades con grandes necesidades de apoyo presentan problemas del tono muscular y movimiento que afectan a la coordinación necesaria para masticar y tragar de forma eficaz y segura.

La deglución no es un proceso sencillo. Requiere de un adecuado desarrollo neuromotor y de que se establezcan las conexiones entre las distintas estructuras destinadas a este proceso.

B Los apoyos, las estrategias y las pautas de intervención

Se utilizan distintas técnicas y maniobras:

Maniobras posturales

Permiten modificar las dimensiones de la orofaringe y así cambiar la dirección del bolo sin esfuerzo añadido:

- Mantener la cabeza en flexión-semiflexión.
- Rotación de cabeza hacia el lado más afectado.
- Inclinación de cabeza hacia el lado menos afectado.

Maniobras deglutorias

Se dirigen a mejorar la movilidad de la base de la lengua y la laringe en pacientes que pueden seguir órdenes.

Las maniobras deglutorias están diseñadas para situar bajo el control voluntario ciertos aspectos concretos de la deglución faríngea, de manera que es la propia persona quien debe aprenderlas y realizarlas de forma automatizada.

Se pueden clasificar las **maniobras** según su objetivo, ya que no se van a llevar todas a cabo con todos los pacientes:

De aumento del input sensorial

- Maniobra de Logemann.
- Presión sobre la lengua.
- Alternar sabores y temperaturas.
- Bolo más grande.
- Bolos carbonatados.
- Cucharas vacías.

De protección

- Supraglótica.
- Super-supraglótica.
- Chin Tuck / Chin down.

De limpieza oral y faríngea

- Deglución forzada.
- Mendelshon.
- Masako.
- Resistencia frontal asociada a la deglución.
- Maniobra de control mandibular, sellado labial y control cervical.

Maniobra de Mendelshon



2 - LAS NECESIDADES QUE PRESENTAN LAS PERSONAS CON PARÁLISIS CEREBRAL Y OTRAS DISCAPACIDADES CON GRANDES NECESIDADES DE APOYO. APOYOS Y ADAPTACIONES QUE REQUIEREN

Otras maniobras de alimentación

- **Con alimentos sólidos:**
 - Estabilizar la mandíbula y cuello (30°).
 - Ayudar a la apertura de la boca colocando el pulgar sobre la barbilla y presionando hacia abajo.
 - Técnica de la cuchara de Le Mètayer.
 - Elegir el tipo y tamaño adecuado de la cuchara, nunca cargarla demasiado.

Técnica de la cuchara de Le Mètayer



- **Con alimentos líquidos:**
 - Aquí el posicionamiento también es esencial.
 - Técnica de agarre del vaso de Le Mètayer.
 - No verter el líquido.
 - En personas con problemas de deglución vigilar el uso de pajitas.
 - No dar de beber con el vaso lleno de líquido, ofreciendo siempre pequeñas cantidades.
 - Utilizar los utensilios (vasos, dosificadores...) adecuados.

Otras estrategias recomendadas:

- Recomendable el uso de cucharas redondas, planas y con mango adaptado.
- En casos de hipersensibilidad perioral: mantener un contacto inicial suave, mojado ligeramente los labios con el alimento.

- Desensibilización de la zona intraoral.
- Inhibición del reflejo de mordida.
- En caso de reflejo de mordida: utilizar siempre cucharas recubiertas con silicona, y no sacar la cuchara tirando, sino esperar a que ceda.
- Evitar rebañar los restos que quedan en la boca con la cuchara y favorecer la limpieza de los mismos con servilleta. Evitar la limpieza cuando se está relamiendo, para no interrumpir el proceso de deglución.
- Controlar la protrusión lingual (estimular que la lengua vuelva al interior de la boca).
- Práctica de la cucharada vacía entre degluciones para favorecer una deglución vacía que limpie las vías aéreas superiores de posibles residuos.

C Los resultados que conseguimos

PARA LA PERSONAS CON PARÁLISIS CEREBRAL Y OTRAS DISCAPACIDADES CON GRANDES NECESIDADES DE APOYO

- Esfuerzo en el aprendizaje y aplicación de estas técnicas, para aplicarlas cada vez y, en la medida de sus posibilidades, de forma autónoma y automatizada.
- Mayor autonomía en el proceso de alimentación.
- Mayores posibilidades de participación e interacción en el proceso de alimentación.

PARA LA PERSONA O PERSONAS QUE LE APOYAN

- Mayor tranquilidad, al conseguir un proceso de alimentación más seguro.
- Reducción de intervenciones que sustituyen a la persona apoyada: en sus movimientos, decisiones y elecciones.
- Compartir de forma agradable el momento de la alimentación con la persona.

2 - LAS NECESIDADES QUE PRESENTAN LAS PERSONAS CON PARÁLISIS CEREBRAL Y OTRAS DISCAPACIDADES CON GRANDES NECESIDADES DE APOYO. APOYOS Y ADAPTACIONES QUE REQUIEREN

2.4 DIETA E HIGIENE BUCO-DENTAL

A Las necesidades que presentan las personas con parálisis cerebral y otras discapacidades con grandes necesidades de apoyo

Las personas con parálisis cerebral y otras discapacidades con grandes necesidades de apoyo pueden presentar necesidades muy diversas en su dieta, en función de su situación y evolución, o también como consecuencia de problemas puntuales, como cualquier otra persona.

Entre otras:

- Estreñimiento.
- Sobrepeso, obesidad.
- Bajo peso/ desnutrición.
- Diabetes.
- Alergias.
- Hipertensión arterial.
- Medicación.
- Colesterol.
- Falta de vitaminas.
- Gastroenteritis.
- Diarrea.
- Reflujo Gastroesofágico, problemas digestivos.
- Intolerancias alimenticias (gluten, lactosa, proteína del huevo...).
- Deshidratación (infecciones de orina, dificultad hidratación, exceso de contracciones musculares o sudoración...).

Por otro lado, **la edad** es un factor que también influye en la dieta de las personas. Así:

Niños / niñas:

- En la etapa infantil las estructuras orofaríngeas aún están en desarrollo, y el control motriz de estas estructuras está en evolución.
- Se pasa de la lactancia a la introducción progresiva de distintas texturas, alimentos, se aprende a masticar.
- Es una fase de aprendizaje: texturas, sabores, utensilios, autonomía...
- Mayores necesidades de orientación en las familias.
- En edades tempranas, algunos niños y niñas presentan problemas de alimentación basados más en motivos conductuales que fisiológicos (ej. rechazo a ciertas texturas, dificultades para formar, controlar y desplazar el bolo alimenticio).
- Progresiva adaptación de los productos de apoyo y utensilios a la evolución del tamaño de la persona.

Personas adultas, al aumentar la edad:

- Disfagia evolutiva.
- Deterioro progresivo de las funciones de alimentación (masticación, deglución).
- Alteraciones en los niveles o marcadores analíticos.
- Empleo de un intervalo mayor de tiempo para los momentos de alimentación.
- Dificultad acceso a red sanitaria para una efectiva coordinación con personal sanitario.
- Deterioro de la dentadura (ausencia de piezas, desgaste, dentaduras postizas...)
- Complicaciones de salud diversas.
- Disminución del apetito.
- Menor capacidad de salivación.
- Hipersensibilidad.
- Pérdida de reflejos y fuerza muscular.
- La intervención se adapta a las condiciones que presentan las personas a todos los niveles (postura, movimientos, texturas, consistencias, utensilios...), necesitando, en general un mayor número e intensidad de adaptaciones.
- En las personas con parálisis cerebral que tienen espasticidad, se hace más evidente.

2 - LAS NECESIDADES QUE PRESENTAN LAS PERSONAS CON PARÁLISIS CEREBRAL Y OTRAS DISCAPACIDADES CON GRANDES NECESIDADES DE APOYO. APOYOS Y ADAPTACIONES QUE REQUIEREN

En la dieta también hay que tener en cuenta las necesidades y situación de cada persona en:

- Condiciones físicas y de constitución personales.
- Condiciones de movilidad.
- Actividad física que desarrolla, estilo de vida, rutinas diarias...
- Aspectos culturales, religiosos, éticos o económicos.

En lo que respecta a las necesidades que presentan, muchas personas con parálisis cerebral y otras discapacidades con grandes necesidades de apoyo pueden tener alterada la **capacidad de alimentarse e hidratarse** de manera óptima, provocando consecuencias en su estado de salud:

- Alteraciones en el crecimiento.
- Desnutrición.
- Deshidratación.
- Disminución de la fuerza muscular.
- Disminución de la circulación en las extremidades (pies y manos fríos).
- Dificultad de cura de las heridas y escaras.
- Disminución del reflejo de tos, por lo que hay más probabilidades de tener neumonías por aspiración.

Por último, es fundamental mantener una adecuada higiene buco-dental ya que la acumulación de restos de alimentos y placa en la cavidad oral pueden dar lugar a muchos problemas: nuevos atragantamientos, deterioro de la dentadura, incrementando los problemas de masticación, etc.

2 - LAS NECESIDADES QUE PRESENTAN LAS PERSONAS CON PARÁLISIS CEREBRAL Y OTRAS DISCAPACIDADES CON GRANDES NECESIDADES DE APOYO. APOYOS Y ADAPTACIONES QUE REQUIEREN

B Los apoyos, las estrategias y las pautas de intervención

En relación con la dieta y nutrición en general

Con carácter general y, al margen de las adaptaciones de alimentos y texturas (que se recogen en el punto 5), hay que considerar las siguientes pautas y recomendaciones:

1 Valoración de las necesidades de cada persona y su evolución, y adaptación continua de la dieta a dicha evolución y situación:

- A través de controles periódicos: tanto con revisiones médicas y analíticas periódicas, como con la propia observación y escucha del equipo profesional y familia con respecto a las necesidades y demandas que la persona plantea: quejas, rechazo de alimentos que hasta la fecha le habían gustado, expresiones de dolor, síntomas de desnutrición o deshidratación, pérdida de peso...
- Se debe realizar en el marco del trabajo colaborativo y transdisciplinar del equipo multidisciplinar en torno a cada persona.
- En este sentido, resulta fundamental la coordinación con el personal médico pediatra en el caso de niños y niñas), personal sanitario y especialistas.
- Asimismo, la coordinación con la familia, para facilitar la coherencia en las pautas sobre dieta y alimentos que la persona requiere en función de su situación y sus necesidades.

2 Valoración de

- Dieta equilibrada.
- Dieta baja en sal.
- Dieta baja en azúcar.
- Dieta cetogénica.¹
- Dietas hipercalóricas.
- Dietas hiperproteicas.
- Dieta de protección gástrica.
- Dieta rica en fibra.

¹ La dieta cetogénica es un tratamiento médico que se utiliza en niños/as con epilepsias difíciles de controlar. Debe ser supervisado por un neurólogo y un especialista en nutrición.

- Dieta sin gluten
- Dieta sin lactosa u otros alimentos que producen intolerancias.
- Dieta astringente.
- Dieta laxante.
- Dieta baja en hidratos de carbono.
- Dieta baja en grasas.
- Dietas hipocalóricas.
- Dietas adecuadas para evitar el reflujo.
- Dieta sin oxalatos.²
- Dietas sin legumbres.
- Otras dietas específicas.
- Aportes nutricionales variados y equilibrados para prevenir la desnutrición.
- Complejos vitamínicos o de proteínas que completen a la dieta, recomendados por su médico o nutricionista.

Es necesario un control detallado de los menús, las calorías y los líquidos. Todos los ingredientes tienen que ser pesados al gramo para que la dieta funcione. Una sola variación y se pierde la cetosis.

Consiste en comidas con un alto nivel de grasas (aceite, mayonesa, mantequilla), mínimo de proteínas (carne, pescado, huevo) y prácticamente nulo de hidratos de carbono (pan, pasta, dulces, etc.).

Al comer la dieta, se produce una alteración del metabolismo que lleva a la cetosis ("acetona"). El cerebro de la persona con epilepsia que hace la dieta, en lugar de "quemar" azúcar (glucosa) como sería lo normal, quema grasas y eso lleva a una reducción de la excitación cerebral y a una disminución o desaparición de las crisis epilépticas.

² Los oxalatos con compuestos derivados del Ac. Oxálico y que tienen la propiedad de combinarse con distintos elementos minerales, Calcio, Hierro, Fósforo, formando sales o ésteres.

Esta combinación disminuye la capacidad de absorber estos minerales a nivel intestinal. Además la absorción de oxalatos, y su paso a vías excretoras, urinarias, facilita la combinación de esos con calcio y la posterior formación de cálculos renales.

Las dietas pobres en oxalatos están indicadas en personas con tendencia a tener cálculos renales; sin embargo, la mayoría de las personas pueden tomar oxalatos, que también tienen su parte positiva como es facilitar la absorción de otros elementos también necesarios, como la vitamina K, los antioxidantes....

Al hervir alimentos como acelgas, espinacas, y desechar su caldo de cocción elimina gran parte de los oxalatos de nuestra dieta.

2 - LAS NECESIDADES QUE PRESENTAN LAS PERSONAS CON PARÁLISIS CEREBRAL Y OTRAS DISCAPACIDADES CON GRANDES NECESIDADES DE APOYO. APOYOS Y ADAPTACIONES QUE REQUIEREN

3 Incorporación en los equipos profesionales de nutricionistas:

Las particulares necesidades y la diversidad entre las personas con parálisis cerebral, hace recomendable contar con el apoyo de personas expertas en nutrición para:

- Realizar todas las adaptaciones necesarias en la dieta, asegurando que la misma cubre todas las necesidades nutricionales de cada persona.
- Control de la cantidad de alimentos y líquidos que ingieren para garantizar una alimentación/hidratación adecuada.

En el momento actual no es una figura profesional frecuente entre las entidades de ASPACE, pero cada vez son más las entidades que cuentan con este tipo de asesoramiento.

4 Cuidado con las dietas alternativas:

Algunas familias manifiestan su interés por recurrir a dietas alternativas (dietas macrobióticas u otras). Antes de recurrir a cualquiera de estas opciones, es necesario informarse con el médico/a especialista, y asegurarse de que se disponga de datos científicos contrastados sobre su eficacia y resultados.

5 Establecer las pautas individualizadas adecuadas:

Considerando tanto el tipo de alimentos y cantidades, como el número y distribución de las comidas a lo largo del día y las horas más adecuadas, en cada caso, a las necesidades de la persona.

En relación con la higiene buco dental

Tener limpia la boca es esencial para mantener hidratada la mucosa, evitar que el alimento se pegue en la boca y pueda aspirarse, para limpiar los residuos alimenticios que pueden quedar en el vestíbulo después de comer, para mantener la dentadura en buen estado y facilitar una buena imagen corporal.

Una higiene buco-dental inadecuada, al margen de otras complicaciones, puede suponer un aumento de flora bacteriana patógena, que puede complicar los procesos infecciosos respiratorios o aumentar el riesgo de neumonías en caso de aspiraciones.

Para evitarlo es necesario:

- Realizar una adecuada higiene de la cavidad bucal, dentadura, lengua... después de cada comida.
- Promover la máxima autonomía de la persona en su propia higiene buco-dental, supervisando que se haya realizado de forma adecuada y apoyando a la persona en los casos en que sea necesario.
- Realizar las revisiones periódicas en el dentista, procurando que la persona disponga de las condiciones adecuadas para la masticación.
- Es recomendable el uso del cepillo eléctrico ya que, además de mejorar la limpieza bucal, proporciona información sensitiva en dientes, encías, lengua y paladar, mediante la vibración. Es importante evitar el cepillo eléctrico en personas con hipersensibilidad oral, ya que la vibración puede llegar a ser desagradable e incluso dolorosa.
- Cuando se dé el caso, también es clave limpiar la dentadura postiza y verificar su ajuste.
- Cuando el enjuague dental sea dificultoso, sustuiremos la pasta de dientes por un enjuague bucal sin alcohol y desinfectante, colocando una escupidera a la vez que movilizamos la cabeza hacia delante.
- Cuando no podamos usar enjuague o bien la persona con disfagia esté encamada, el uso de una gasa impregnada de colutorio (enrollada en el dedo) puede ser una alternativa eficaz para frotar encías, dientes y lengua y paladar (en especial los atrésicos u ojivales). En el caso que la persona con

2 - LAS NECESIDADES QUE PRESENTAN LAS PERSONAS CON PARÁLISIS CEREBRAL Y OTRAS DISCAPACIDADES CON GRANDES NECESIDADES DE APOYO. APOYOS Y ADAPTACIONES QUE REQUIEREN

disfagia tenga reflejo de mordida, podemos enrollar la gasa en un aparato apto para el uso intra-oral (tubo de goma).

- En personas con alimentación por gastrostomía, es igualmente importante realizar una adecuada higiene oral tras los periodos de alimentación para mantener la mucosa hidratada, limpia y evitar complicaciones (infecciones, grietas, sequedad...).

C Los resultados que conseguimos

PARA LA PERSONAS CON PARÁLISIS CEREBRAL Y OTRAS DISCAPACIDADES CON GRANDES NECESIDADES DE APOYO

- Cuidado de la salud, con la dieta en cada caso más adecuada a las necesidades y situación de las personas.
- Eliminar o reducir el riesgo de desnutrición y deshidratación.
- Mejora en la dimensión de bienestar físico, con su correspondiente impacto positivo en bienestar emocional, motivación y satisfacción.

PARA LA PERSONA O PERSONAS QUE LE APOYAN

- Mayor tranquilidad al asegurar a la persona la dieta y nutrición adecuada a su situación y necesidades.
- Mayor tranquilidad al mantener una adecuada supervisión, apoyo y seguimiento de la higiene buco-dental de la persona, evitando el daño o deterioro de la cavidad bucal y las piezas dentales.

2 - LAS NECESIDADES QUE PRESENTAN LAS PERSONAS CON PARÁLISIS CEREBRAL Y OTRAS DISCAPACIDADES CON GRANDES NECESIDADES DE APOYO. APOYOS Y ADAPTACIONES QUE REQUIEREN

2.5 ADAPTACIONES DE ALIMENTOS Y TEXTURAS

A Las necesidades que presentan las personas con parálisis cerebral y otras discapacidades con grandes necesidades de apoyo

Las personas con parálisis cerebral y otras discapacidades con grandes necesidades de apoyo necesitan:

1 A nivel de salud:

- Disponer de una dieta sana y equilibrada, como cualquier otra persona, con la posibilidad de acceder a una oferta amplia, variada y rica de alimentos, en todos los grupos de alimentos (proteínas, lácteos, vegetales, frutas, hidratos de carbono...).
- Superar las limitaciones en sabores y dietas, con restricción de alimentos que dificultan la variedad, así como las consecuencias de una dieta pobre y poco variada en la salud.
- Estar adecuadamente nutridas e hidratadas.
- Eliminar peligro de atragantamientos (con alimentos sólidos) o ahogamiento (con alimentos líquidos), y riesgos de salud, como broncoaspiración, neumonías, infecciones respiratorias... que conllevan las dificultades que presentan en masticación y deglución, disfagias, etc.

2 A nivel emocional:

- Superar la frustración por no poder comer lo mismo que los demás, que puede desencadenar conductas disruptivas: apatía por la alimentación tan monótona, pérdida de apetito, y evitar depresiones por sentirse diferentes al resto...

3 A nivel social:

- Superar las limitaciones para acudir a cualquier plan que implique alimentación (la mayoría de los eventos sociales) y la exclusión para acudir

a cualquier establecimiento de hostelería por no disponer de opciones adaptadas a ellos.

- Poder participar activamente, como cualquier otra persona, en todo tipo de comidas y celebraciones (familiares, círculo de amistades, etc.)
- Superar las restricciones en momentos de ocio o de relaciones sociales por vergüenza, incomodidad o dificultades para poder encontrar o adaptar el momento de la alimentación en situaciones tan cotidianas en nuestra cultura, siempre tan vinculada a la comida.

Para responder a todas estas necesidades, es preciso realizar adaptaciones en la composición, presentación, consistencia o textura de los alimentos.

B Los apoyos, las estrategias y las pautas de intervención

Los principales **objetivos de las adaptaciones de la alimentación** son:

- Entregar una alimentación segura que disminuya el riesgo de aspiración, atragantamiento o ahogamiento.
- Cubrir los requerimientos nutricionales e hidratación en cada persona.

¿Qué modificaciones se pueden realizar en los alimentos?

Las modificaciones dependerán de las características y necesidades específicas de cada persona.

Con carácter general existen dos tipos de modificaciones en los alimentos. En función de las necesidades que presenta cada persona y para cada tipo de alimento, necesitarán combinar los diversos tipos y técnicas para la modificación de los mismos:

- 1 **Modificación del tamaño** de las porciones de la alimentación: fraccionar los alimentos, entregar porciones reducidas en tamaño, pero con un mayor aporte calórico y de nutrientes.
- 2 **Modificación de la consistencia o textura** mediante la utilización de espe-

2 - LAS NECESIDADES QUE PRESENTAN LAS PERSONAS CON PARÁLISIS CEREBRAL Y OTRAS DISCAPACIDADES CON GRANDES NECESIDADES DE APOYO. APOYOS Y ADAPTACIONES QUE REQUIEREN

santes, texturizados, túrmix, cremas, purés... para que en aquellos alimentos que lo requieran se forme una masa suave, homogénea y sin grumos, espinas, hebras, huesos...

3 Incremento de la densidad calórica de los alimentos. Así, mediante:

- Fortificación de la comida habitual (enriquecer los alimentos con otros alimentos).
- Utilización de módulos (con productos que complementan algún déficit, proteínas, aminoácidos...no sustituyen toda la dieta).
- Suplementación oral (con productos que pueden llegar a sustituir la dieta o complementarla).

¿Qué tipos de consistencias y adaptaciones se pueden obtener?:

En alimentos sólidos

- Textura sólida.
- Trozo pequeño.
- Picado.
- Triturado o puré.
- Texturizado.

De protección

- Líquido.
- Néctar.
- Miel.
- Pudding.
- Texturizado.
- Líquidos sin modificar, pero suministrados a volúmenes bajos.

Las distintas consistencias se consiguen:

- Con la mezcla de los alimentos con espesantes (naturales y artificiales), harinas, saborizantes...
- Con la aplicación de distintas técnicas en la preparación de los alimentos y utilización de diferentes técnicas y aparatos (tritadores manuales o eléctricos, batidoras, robot de cocina, etc.).

A las técnicas tradicionales se añade la técnica de texturizados, a la que dedicamos el capítulo de esta guía sobre innovaciones en texturizados.

Pautas y recomendaciones generales:

Evitar dobles texturas. Descartar:

- Texturas donde se mezcle el líquido con lo sólido (ej. sopa de fideos con carne, fruta en almíbar).
- Tropezones.
- No agregar picatostes, trocitos de jamón, huevo, etc.
- Evitar las sopas de arroz o sémola y las legumbres con caldo.
- Yogures con trozos de fruta.
- Leche con muesli.
- Helados con trozos (fruta, virutas de chocolate...).

Eliminar alimentos peligrosos o difíciles de deglutir:

- Pielas.
- Espinas.
- Fibras.
- Huesos.
- Hilos o hebras.
- Grumos.
- Cartílagos.
- Alimentos pegajosos: caramelos, chocolate, bollería...
- Alimentos resbaladizos: moluscos, guisantes.
- Alimentos que pueden fundirse en la boca: helados.
- Alimentos que forman líquido al morderse: frutas.
- Alimentos que no forman bolo cohesivo y se desmenuzan: guisantes, legumbres.
- Alimentos que se desmenuzan: queso seco, polvorones, galletas, hojaldre, patatas chip, pan tostado.
- Alimentos duros como frutos secos.

2 - LAS NECESIDADES QUE PRESENTAN LAS PERSONAS CON PARÁLISIS CEREBRAL Y OTRAS DISCAPACIDADES CON GRANDES NECESIDADES DE APOYO. APOYOS Y ADAPTACIONES QUE REQUIEREN

Se recomiendan:

- Alimentos cocinados con salsas que permitan conseguir platos tiernos y a los que podamos modificar la textura en los mismos comedores.
- Alimentos que mezclados con otros nos permitan una textura jugosa (yema de huevo con atún y mayonesa).
- Ligar alimentos picados por medio de caldos, salsas.
- Fruta madura y jugosa, asada o cocida, que tenga una consistencia blanda.
- Utilizar alimentos que faciliten la ingesta (salsas, compotas, patata, la cocción de los alimentos...).
- Uso de espesantes con goma xantana o arábica, almidón y aguas gelificadas.

No se recomienda el uso de gelatinas tradicionales por su alto contenido en azúcar, por deshacerse o fragmentarse en la boca (por su baja estabilidad), lo que supone un riesgo sobre todo para personas con reflejo deglutorio tardío. Son más recomendables las aguas gelificadas, las "láminas de pescado" o aglutinantes que proporcionen mayor estabilidad y mantienen las características a temperatura ambiente o en la boca.

Pautas y recomendaciones en la metodología de trabajo:

- Por parte del equipo de logopedia se valora la introducción de la consistencia de los alimentos de manera paulatina, realizando previamente una valoración de la ingesta teniendo en cuenta la eficacia y la seguridad en la introducción de distintos tipos de consistencias y texturas. Entre otras herramientas de cribado de líquidos, se recomienda la utilización del *Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad MECV-V*.
- En la valoración que se realiza, se ha de considerar también la opinión de la persona, conocer cuáles son sus gustos y preferencias en relación con los distintos alimentos, sabores, consistencias... Puede ser mediante una entrevista inicial (y entrevistas posteriores para realizar sucesivas adaptaciones) en cuanto a la rutina de la alimentación.

- El equipo de logopedia aporta al equipo de cocina (catering externo o cocina propia), así como a las personas que se encargan de dar los alimentos (personal cuidador y monitores o monitoras de comedor), las pautas individualizadas para preparar los alimentos de cada persona con parálisis cerebral y otras discapacidades con grandes necesidades de apoyo.
- Se recomienda que todo el equipo profesional (con distintos perfiles: logopedia, fisioterapia, terapia ocupacional, etc.) participe directamente en el proceso de apoyo en la alimentación de las personas.
- Revisar la textura de las comidas preparadas, para asegurar que cumplen las condiciones de preparación requeridas por cada persona.
- Involucrar también a la familia, compartiendo experiencias, pautas y recetas para adaptar los alimentos en casa, con las herramientas de las que disponen (utensilios de cocina, batidora, robot de cocina...).

Ver como herramienta de referencia para recopilar información para realizar esta valoración: Anexo 1: Entrevista de rutinas de alimentación de ASPACE Coruña.

¿Qué diferencias se producen entre menores y adultos a la hora de realizar adaptaciones en la alimentación?

También en cuanto a la adaptación de los alimentos tenemos que tener en cuenta diferencias entre niños o niñas y adultos:

- El trabajo con personas adultas tiende hacia la adaptación de los alimentos, mientras que el trabajo con niños o niñas, tiende al entrenamiento de funciones como el mascado, posterior masticación o trituración del bolo y la introducción de texturas.

2 - LAS NECESIDADES QUE PRESENTAN LAS PERSONAS CON PARÁLISIS CEREBRAL Y OTRAS DISCAPACIDADES CON GRANDES NECESIDADES DE APOYO. APOYOS Y ADAPTACIONES QUE REQUIEREN

- Es más habitual en los niños y niñas que en las personas adultas, la presencia de alteraciones de integración sensorial a nivel oral. Por lo que suele existir más rechazo a la alimentación o a ciertas texturas, en la infancia que en la vida adulta.
- El tamaño de los cubiertos utilizados debe variar, ya que hay que utilizar el que se adapte mejor a la anatomía de las personas. Suelen ser más pequeños para los niños y las niñas que para las personas adultas. En el caso de texturizados, tanto para menores como adultos, se utiliza cuchara pequeña sin diferencias.
- Las cantidades también deben variar, no comerá la misma cantidad una persona adulta de 30 años que un niño o niña de 6.
- En particular en las personas adultas debemos tener en cuenta aspectos relacionados con la autodeterminación, en cuanto a rechazo hacia algunos alimentos o a la negativa ante la adaptación de la alimentación. En el caso de los niños y niñas, si bien también hay que tener en cuenta, considerar y fomentar que expresen sus gustos y preferencias, nos hallamos en una fase de aprendizaje en la que también se persigue que pruebe e introduzca en su dieta una gran variedad de alimentos.

C Los resultados que conseguimos

PARA LAS PERSONAS CON PARÁLISIS CEREBRAL Y OTRAS DISCAPACIDADES CON GRANDES NECESIDADES DE APOYO

- Dieta segura y eficaz, evitando atragantamientos o ahogamientos.
- Adecuada nutrición e hidratación.
- Superar el miedo o rechazo al momento de la comida. Recuperar su interés, motivación, satisfacción con el momento de la comida.
- Mayor autonomía de la persona.
- Posibilidad de participar en todo tipo de celebraciones, comidas familiares, con adaptaciones de los alimentos con técnicas como los texturizados que lo permiten.
- Acceder o recuperar el disfrute de alimentos a los que no podían acceder por su seguridad.
- Aumentar las posibilidades de estimulación sensorial (gusto, olfato y vista).
- Posibilidad de comer otros alimentos que de otra manera no podrían. Tienen la oportunidad a nivel sensitivo, tener más información de los alimentos y sus texturas.

PARA LA PERSONA O PERSONAS QUE LE APOYAN

- Seguridad y tranquilidad.
- Superar la tensión, nerviosismo y frustración con el momento de la alimentación.
- Poder disfrutar de este momento con la persona e interactuar con ella desde la tranquilidad, permitiéndose observar lo que quiere y lo que le gusta o no.
- Tranquilidad por saber que la dieta que se les aporta es adecuada a las necesidades de nutrición e hidratación.
- Poder disfrutar con la persona de celebraciones, momentos de ocio...
- Satisfacción de alimentar de una forma segura y normalizada.

2 - LAS NECESIDADES QUE PRESENTAN LAS PERSONAS CON PARÁLISIS CEREBRAL Y OTRAS DISCAPACIDADES CON GRANDES NECESIDADES DE APOYO. APOYOS Y ADAPTACIONES QUE REQUIEREN

2.6. PRODUCTOS DE APOYO

A Las necesidades que presentan las personas con parálisis cerebral y otras discapacidades con grandes necesidades de apoyo

Las personas con parálisis cerebral y otras discapacidades con grandes necesidades de apoyo necesitan disponer de productos de apoyo diversos para facilitar, además de un adecuado control postural (de acuerdo con lo que hemos recogido en el apartado 1 de este Capítulo), su movilidad y comunicación, favoreciendo su máxima autonomía y participación en el proceso de alimentación.

B Los apoyos, las estrategias y las pautas de intervención

La oferta de productos de apoyo:

Son múltiples los productos de apoyo disponibles para facilitar la alimentación, tan importantes como la comunicación con la persona para manifestar lo que desea en este momento, haciéndola más autónoma y participe del momento de la comida:

1 Productos de apoyo para facilitar la alimentación:

Cubiertos adaptados



Cubierto con correa ajustable



Cubiertos direccionales



Cucharas de plástico duro



Cuchara de silicona

2 - LAS NECESIDADES QUE PRESENTAN LAS PERSONAS CON PARÁLISIS CEREBRAL Y OTRAS DISCAPACIDADES CON GRANDES NECESIDADES DE APOYO. APOYOS Y ADAPTACIONES QUE REQUIEREN



Engrosador de mango



Tenedor engrosado con forma anatómica



Manopla ajustable para cubiertos



Cucharas adaptadas



Cubierto de doble función: cuchillo y tenedor

2 - LAS NECESIDADES QUE PRESENTAN LAS PERSONAS CON PARÁLISIS CEREBRAL Y OTRAS DISCAPACIDADES CON GRANDES NECESIDADES DE APOYO. APOYOS Y ADAPTACIONES QUE REQUIEREN



Cuchillo mecedora/cortapizza



Cuchillo balancín



Tenedor con lastre

Vasos adaptados



Vaso con reborde recortado



Vaso con asas planas y largas



Vasos con asas y distintas boquillas

2 - LAS NECESIDADES QUE PRESENTAN LAS PERSONAS CON PARÁLISIS CEREBRAL Y OTRAS DISCAPACIDADES CON GRANDES NECESIDADES DE APOYO. APOYOS Y ADAPTACIONES QUE REQUIEREN



Vaso con reborde alargado



Taza Kennedy



Vaso con asa y boquilla de silicona

Platos adaptados



Doble plato hondo con antideslizante



Plato hondo inclinado con superficie antideslizante



Plato hondo con reborde y antideslizante

2 - LAS NECESIDADES QUE PRESENTAN LAS PERSONAS CON PARÁLISIS CEREBRAL Y OTRAS DISCAPACIDADES CON GRANDES NECESIDADES DE APOYO. APOYOS Y ADAPTACIONES QUE REQUIEREN



Plato adaptado con base de ventosa



Plato con inclinación



Plato vital

Manteles antideslizantes



Plato sobre mantel antideslizante

Alza



Alza para disminuir distancia entre plato y boca

Pajitas



Masticadores



Masticador

Pajita antiretorno con fijación

2 - LAS NECESIDADES QUE PRESENTAN LAS PERSONAS CON PARÁLISIS CEREBRAL Y OTRAS DISCAPACIDADES CON GRANDES NECESIDADES DE APOYO. APOYOS Y ADAPTACIONES QUE REQUIEREN

2 Productos de apoyo para facilitar la comunicación de la persona y su interacción con quien le apoya en este momento:

Por ejemplo, para facilitar las elecciones y las peticiones (pan, agua, papel, indicar si la comida está fría o caliente, pasar al siguiente plato, pedir más...).



Cuaderno de comunicación



Plafón monográfico - Tablet comunicador



Panel comunicador GoTalk



Comunicador Sequencer

2 - LAS NECESIDADES QUE PRESENTAN LAS PERSONAS CON PARÁLISIS CEREBRAL Y OTRAS DISCAPACIDADES CON GRANDES NECESIDADES DE APOYO. APOYOS Y ADAPTACIONES QUE REQUIEREN

TODAS LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD DE CUALQUIER TIPO O GRAVEDAD TIENEN EL DERECHO BÁSICO DE EXPRESAR A TRAVÉS DE LA COMUNICACIÓN. LAS CONDICIONES DE SU EXISTENCIA. TODAS LAS PERSONAS TIENEN LOS SIGUIENTES DERECHOS DE COMUNICACIÓN ESPECÍFICOS EN SUS INTERACCIONES DIARIAS.

YO TENGO DERECHO A...

- ELEGIR ENTRE OPCIONES REALES.
- DECIR NO Y RECHAZAR ELECCIONES.
- PEDIR LO QUE QUIERO.
- COMPARTIR MIS SENTIMIENTOS.
- SER ESCUCHADO Y OBTENER UNA RESPUESTA, AUNQUE ÉSTA SEA NO.
- PEDIR Y OBTENER ACCIÓN E INTERACCIÓN.
- TENER Y USAR MI SISTEMA DE COMUNICACIÓN TODO EL TIEMPO.
- PREGUNTAR Y SABER SOBRE MI AGENDA Y MI MUNDO.
- RECIBIR AYUDA SOBRE COMO DEBO COMUNICARME.
- TENER MI SISTEMA DE COMUNICACIÓN EN ORDEN.
- SER UN MIEMBRO COMPLETO E IGUAL DE MI COMUNIDAD.
- SER TRATADO CON RESPETO Y DIGNIDAD.
- HABLAR CONMIGO Y NO SOBRE MÍ.
- QUE SE COMUNIQUEN CONMIGO CON SENSIBILIDAD.



Señalización del entorno con pictogramas

Autor pictogramas: Sergio Palao **Procedencia:** <http://catedu.es/arasaac/>
Licencia: CC (BY-NC-SA) **Autor:** José Manuel Marcos y David Romero
 From the National Joint Committee for the Communicative Needs of Persons with Severe Disabilities. (1992). Guidelines for meeting the communication needs of persons with severe disabilities. *Asha*, 34(Suppl. 7), 2-3. (http://www.asha.org/NJC/bill_of_rights.htm)

2 - LAS NECESIDADES QUE PRESENTAN LAS PERSONAS CON PARÁLISIS CEREBRAL Y OTRAS DISCAPACIDADES CON GRANDES NECESIDADES DE APOYO. APOYOS Y ADAPTACIONES QUE REQUIEREN

Recomendaciones metodológicas

La persona responsable del área de terapeuta ocupacional se encarga de valorar las necesidades de cada persona y realizar las recomendaciones sobre los productos a utilizar, o adaptaciones necesarias en vajilla y cubiertos para que sean lo más funcionales y autónomos posibles. Se encarga asimismo de orientar al resto del equipo y a las familias sobre su adecuada utilización.

Otras recomendaciones

- Problemas en el rango articular que implica prono- supinación y agarre: cubiertos adaptados engrosados y curvados.
- Problemas de estabilidad en cintura escapular: vasos adaptados con asas, con peso, con inclinación.
- Uso de agarraderas para mantener alineación postural y evitar reacciones asociadas de miembro superior.
- Si la persona sólo hace uso de una mano se pueden utilizar cubiertos que tengan función de cortar y pinchar (cuchillo basculante y tenedor con cuchillo o “cuchitenedor”).
- Cuando la persona no tiene posibilidad de agarrar el cubierto se puede utilizar una sujeción palmar donde se introduce el mango del cubierto.
- En la adaptación de platos cuando la persona sólo hace uso de una sola mano se puede utilizar plato con rebordes, fondo inclinado o bordes verticales para impedir que el alimento se salga del plato. Debajo del plato se pueden poner manteles antideslizantes que pueden facilitar el momento de la comida.
- En lo que refiere al uso de vasos, existen diferentes opciones:
 - Cuando se produce temblor o dificultad en el agarre utilizar vasos con una o dos asas. En estos casos también son de ayuda los cubiertos antioscilaciones.
 - Cuando existe dificultad para extender el cuello, se pueden utilizar vasos con escotadura.

- Las personas encamadas necesitan que se les eleve el cabecero, o se utilicen almohadas para incorporarse en el momento de la bebida.

C Los resultados que conseguimos

PARA LA PERSONAS CON PARÁLISIS CEREBRAL Y OTRAS DISCAPACIDADES CON GRANDES NECESIDADES DE APOYO

- Mayor autonomía, poder realizar por sí misma más actuaciones en el momento de la alimentación. No ser sustituida en todo el proceso por la persona que le apoya.
- Desarrollo de aprendizajes hacia una mayor autonomía en la alimentación.
- Mayor participación, posibilidad de comunicar sus gustos y deseos, cómo se encuentra, qué le apetece, qué necesita...
- Mayor posibilidad de interactuar y conversar con la persona que le apoya, disfrutando del momento de la comida.
- Satisfacción y motivación ante los propios avances.

PARA LA PERSONA O PERSONAS QUE LE APOYAN

- Mayor facilidad para apoyar a la persona.
- Satisfacción por el aprendizaje y crecimiento en autonomía y participación de la persona.
- Mayor posibilidad de interacción con la persona a la que apoya, haciendo más satisfactorio el momento compartido de la comida.

2 - LAS NECESIDADES QUE PRESENTAN LAS PERSONAS CON PARÁLISIS CEREBRAL Y OTRAS DISCAPACIDADES CON GRANDES NECESIDADES DE APOYO. APOYOS Y ADAPTACIONES QUE REQUIEREN

2.7. ADAPTACIONES DEL ENTORNO

A Las necesidades que presentan las personas con parálisis cerebral y otras discapacidades con grandes necesidades de apoyo

Todos y todas necesitamos disponer de condiciones adecuadas en el entorno en el momento de la alimentación, que hagan del momento de la comida un momento placentero y de disfrute.

Las personas con parálisis cerebral y otras discapacidades con grandes necesidades de apoyo quieren sentirse cómodas y controlar su comida. Por ello y, en especial las personas que presentan más necesidades de apoyo, necesitan que se acondicione su espacio y se les anticipe lo que va a ocurrir para que se sientan tranquilas.

Asimismo, debemos conocer a cada persona para preparar previamente todo lo que va a necesitar, así como realizar un apoyo adecuado a sus necesidades, gustos, preferencias, potenciando al máximo su autonomía y participación en el momento de la alimentación.

B Los apoyos, las estrategias y las pautas de intervención

1 **Adaptación del espacio:**

- Regular el nivel y cantidad de estímulos.
- Adaptación del ambiente controlando factores como el tiempo, el ruido, el movimiento, los estímulos, la iluminación y la ubicación.
- Asegurarse en todo momento de que la persona está cómoda.

2 **Anticipación:**

- Conocer previamente a la persona: en qué aspectos requiere apoyos, qué adaptaciones necesita, qué le gusta o no, cómo comunicarse con ella...
- Preparar previamente todo lo que necesitamos.

- Comunicar qué vamos a hacer.
- Consensuar claves anticipatorias con la persona o su entorno.
- Dar el alimento de una forma cómoda y relajada, y explicar lo que vamos a ir haciendo a través del contacto, estímulos y hablándole. Hay que tener en cuenta que las sorpresas pueden desencadenar espasmos y movimientos involuntarios.

3 **Cuidar el momento de la alimentación, permitiendo oportunidades de autonomía:**

- Es necesario que la alimentación sea un proceso completo, es decir que dispongamos del tiempo suficiente para completar el proceso con tranquilidad.
- Es un momento que permite:
 - Una oportunidad única de interrelación individual y vínculo entre la persona y quien le presta apoyo.
 - Potenciar que la persona realice elecciones: que la persona exprese sus necesidades, gustos y preferencias.
 - Oportunidades en autonomía: valorar en toda la secuencia del proceso que puede realizar por sí misma la persona, aunque se trate de pequeños detalles o acciones, no siendo sustituida por un tercero en todo.
- En definitiva, se ha de buscar que sea un momento placentero y de disfrute, y no un momento de terapia.

4 **Individualización:**

Entre las entidades de ASPACE se dispone de distintas prácticas y herramientas para facilitar que la persona que apoya, conozca las necesidades y preferencias de las personas con parálisis cerebral y otras discapacidades con grandes necesidades de apoyo. Entre otros recursos:

2 - LAS NECESIDADES QUE PRESENTAN LAS PERSONAS CON PARÁLISIS CEREBRAL Y OTRAS DISCAPACIDADES CON GRANDES NECESIDADES DE APOYO. APOYOS Y ADAPTACIONES QUE REQUIEREN

Mantel individualizado de ASpace Navarra



- Manteles individualizados con las pautas y productos de apoyo indicados, necesidades, preferencias y gustos de cada persona.
- Cuaderno o ficha individualizada de alimentación que recoge información significativa de este ámbito (textura adecuada, pautas sobre posicionamiento, utensilios adecuados, técnica, otras orientaciones...):
 - Estas fichas están presentes en los comedores para su consulta, si surge un cambio de persona de referencia.
 - Asimismo se presenta y se entrega a la familia y a las personas de apoyo.
 - Estas fichas siempre están en un lugar accesible y la persona que administra la comida, debe asegurarse de haber comprendido de manera correcta la información de la ficha.
- Carteles expuestos en zonas visibles de comedor con nociones básicas sobre el proceso de alimentación.
- Revisar con el personal de atención directa y la familia las pautas de alimentación de forma periódica.
- Utilizar sistemas de comunicación (pictogramas, etc.).
- Material que se utiliza únicamente cuando se realizan reuniones o fiestas, cuando son atendidas por personas que desconoce sus características: tarjetas identificativas donde aparece la textura de la comida y el patrón de bebida de la persona, para que de un modo visible tengamos su información y sepamos cómo atenderle sin poner en riesgo su salud.
- Sistemas de información para la comunicación de incidencias o necesidades de cada persona (herramientas para la coordinación con todo el equipo profesional), como hojas de incidencias y sugerencias.

2 - LAS NECESIDADES QUE PRESENTAN LAS PERSONAS CON PARÁLISIS CEREBRAL Y OTRAS DISCAPACIDADES CON GRANDES NECESIDADES DE APOYO. APOYOS Y ADAPTACIONES QUE REQUIEREN

Asimismo es necesario asegurar:

- Que todas estas herramientas y recursos se actualicen constantemente, con el equipo profesional, en función de la evolución de las necesidades y situación de la persona.
- Que todo el equipo profesional implicado esté informado de las necesidades de cada persona. Hay que realizar seguimiento y apoyo para que el equipo desarrolle de forma adecuada las pautas de alimentación individualizadas.
- Que la familia y la persona conozcan y compartan esta información y pautas, para una adecuada coordinación entre los apoyos y adaptaciones en dietas y alimentación que se prestan desde los centros y servicios con los que se desarrollan en su casa.

5 Pautas generales, información y formación:

Entre las entidades de ASPACE también se llevan a cabo distintas actuaciones e iniciativas para asegurar la sensibilización, información, formación y unificación de pautas entre el equipo profesional en relación con la alimentación y deglución de las personas usuarias. Entre otras:

- Charlas.
- Talleres.
- Carteles informativos.
- Folletos y trípticos.
- Acciones formativas.
- Videotutoriales.
 - Dirección.
 - Logopedas.
 - Terapeutas ocupacionales.
 - Fisioterapeutas.
 - Equipo médico.
 - Enfermería.
 - Equipo de psicología.
 - Nutricionista.
 - Cocina (sea interna o externa).
 - Personal de cocina.
 - Personal de apoyo en el comedor.
 - Resto de profesionales de atención directa.

Entre otras cuestiones, es deseable que el equipo profesional, y también la familia, tenga formación en primeros auxilios y en técnicas de alimentación.

6 Implicación y alineamiento de todo el equipo profesional:

- Se debe fomentar que el equipo profesional de los centros esté dispuesto e implicado en poner en marcha estos proyectos y estas medidas, ya que suponen un cambio importante de visión y modelo de intervención con las personas con parálisis cerebral y otras discapacidades con grandes necesidades de apoyo.
- Esto supone la implicación y alineamiento de toda la organización y su equipo profesional:
- Es importante que todos los perfiles profesionales intervengan (directa o indirectamente) a la hora de dar de comer a las personas. Es la forma de conocer mejor las necesidades de cada persona para realizar una adaptación más precisa de las dietas, productos de apoyo, consistencias, temperaturas, etc.
- También es importante facilitar a cada persona y familia apoyo psicológico para apoyar la transición de cambio en cuanto al proceso de alimentación.

7 Colaboración y coordinación con agentes externos:

Son también diversas las prácticas de colaboración y coordinación de entidades de ASPACE con agentes externos, tanto para desarrollar una adecuada valoración y apoyo a cada persona como para desarrollar innovaciones y mejoras en la oferta y adaptaciones de los alimentos.

Destacamos las siguientes:

Para coordinar la intervención y apoyo con cada persona

- Coordinación con personal sanitario de diferentes servicios (Digestivo, Respiratorio, Rehabilitación, Gastroenterología...) en atención especializada y hospitalaria del Sistema de Salud.

Con carácter general, esta coordinación se suele producir con mayor facilidad en relación con la población infantil, siendo necesario mejorarla en relación con la población adulta.

2 - LAS NECESIDADES QUE PRESENTAN LAS PERSONAS CON PARÁLISIS CEREBRAL Y OTRAS DISCAPACIDADES CON GRANDES NECESIDADES DE APOYO. APOYOS Y ADAPTACIONES QUE REQUIEREN

- Coordinación con dietistas o nutricionistas, en los casos en los que no se cuenta con estos perfiles profesionales dentro de la entidad.
- Coordinación con centros educativos que atienden a personas con parálisis cerebral y otras discapacidades con grandes necesidades de apoyo, que no acuden a los centros de ASPACE.

Para la innovación en oferta y adaptaciones de alimentos

- Colaboraciones con Universidades.
- Colaboraciones con escuelas de hostelería.
- Colaboraciones con empresas de catering.
- Colaboración con farmacias.
- Colaboraciones con empresas especializadas en: productos espesantes, alimentación para personas con dieta enteral...

C Los resultados que conseguimos

PARA LA PERSONAS CON PARÁLISIS CEREBRAL Y OTRAS DISCAPACIDADES CON GRANDES NECESIDADES DE APOYO

- Disponer de un entorno con condiciones y apoyos adecuados, adaptados a sus necesidades, gustos y preferencias, para disfrutar del momento de la comida.
- Sentir que sus opiniones, gustos y preferencias son valoradas y tenidas en cuenta.
- Recibir apoyos individualizados adaptados.

PARA LA PERSONA O PERSONAS QUE LE APOYAN

- Mayor conocimiento de las necesidades de cada persona para realizar mejor este apoyo.
- Momento de la comida satisfactorio y compartido.

2 - LAS NECESIDADES QUE PRESENTAN LAS PERSONAS CON PARÁLISIS CEREBRAL Y OTRAS DISCAPACIDADES CON GRANDES NECESIDADES DE APOYO. APOYOS Y ADAPTACIONES QUE REQUIEREN

2.8 COORDINACIÓN CON LA FAMILIA

A Las necesidades que presentan las personas con parálisis cerebral y otras discapacidades con grandes necesidades de apoyo

Que la persona con parálisis cerebral sea realmente participe del proceso de alimentación, tanto ella como su familia han de disponer de la información necesaria sobre su situación, conocer sus dificultades y contar con pautas coherentes y consensuadas para poder expresar sus gustos, miedos y necesidades en lo relacionado con alimentación. Para ello, resulta fundamental mantener una comunicación y coordinación constante y fluida entre el equipo profesional y las familias.

De hecho, las familias expresan dudas y dificultades, y necesitan disponer de información, pautas, recomendaciones y apoyo en este ámbito: para detectar las necesidades y gustos de sus familiares en materia de deglución y alimentación, para preparar alimentos seguros y eficaces, sobre cómo intervenir cuando hay atragantamientos, cómo responder de forma adecuada a las necesidades de nutrición e hidratación, cómo facilitar la participación de sus familiares en el momento de la alimentación y para que este sea un momento placentero para todos y todas.

Al atender a estas necesidades, concerniendo a las familias en todos estos aspectos, evitaremos llegar a situaciones de resistencia y falta de comprensión a la hora de tomar decisiones de calado en momentos concretos que a la familia le pueden suscitar muchas dudas como:

- La propuesta de realización de pruebas diagnósticas específicas como videofluoroendoscopias y otras.
- Variaciones en las texturas de los alimentos, uso de espesantes.
- Necesidad de paso a dietas enterales.
- Utilización de dietas alternativas sin aval médico.
- Dificultad para ver, entender o aceptar situaciones de deterioro.

B Los apoyos, las estrategias y las pautas de intervención

1 Actuaciones generales de información y formación:

Entre las entidades de ASPACE se han de implementar acciones e iniciativas para facilitar información, formación y apoyo a las familias en este ámbito de alimentación y deglución. Entre otras:

- Charlas.
- Talleres.
- Carteles informativos.
- Folletos y trípticos.
- Acciones formativas.
- Videotutoriales.
- Reuniones temáticas sobre estos temas en los grupos o escuelas de familias.

2 Compartir conocimiento para valorar las necesidades de la persona:

Resulta fundamental contar con la familia y con la persona para conocer y valorar las necesidades, gustos y preferencias de cada persona con parálisis cerebral y otras discapacidades con grandes necesidades de apoyo.

Asimismo, se ha de mantener una colaboración y comunicación constante, para conocer las variaciones y evolución en estas necesidades, y anticiparnos y detectar lo antes posible los cambios que se puedan estar produciendo.

3 Coordinarse en las pautas y recomendaciones para la alimentación y deglución:

Es necesario mantener una relación constante de colaboración y comunicación, para aplicar las mismas pautas de alimentación y deglución en los centros o servicios de ASPACE y en casa.

Se trata también de resolver las dudas y dificultades que la familia expresa, así como de aportarle pautas en todas las dimensiones de apoyo a su familiar en materia de ali-

2 - LAS NECESIDADES QUE PRESENTAN LAS PERSONAS CON PARÁLISIS CEREBRAL Y OTRAS DISCAPACIDADES CON GRANDES NECESIDADES DE APOYO. APOYOS Y ADAPTACIONES QUE REQUIEREN

mentación y deglución: control postural, técnicas logopédicas, maniobras deglutorias y de alimentación, dieta e higiene buco-dental, dieta enteral en su caso, adaptaciones de alimentos y texturas, productos de apoyo, o adaptaciones del entorno.

En general, propiciar que la familia esté alineada con el enfoque de promover la autonomía y participación de su familiar, facilitándole pautas para comunicarse e interactuar con la persona y dejarle los tiempos, espacios y momentos para expresar lo que desea o necesita.

4 ¿Como abordar la diversidad de criterios entre el equipo profesional y la familias?:

- Es necesario concienciar a las familias sobre la importancia de una alimentación segura y eficaz en reuniones, acciones formativas, charlas, etc.
- Cuando desde el centro se detecta que por el beneficio de la deglución podrían tomarse medidas distintas en la familia, se les traslada esta inquietud desde el equipo profesional. Por ejemplo, asesorándoles en el cambio de textura de la dieta o en el espesado del líquido. En la mayoría de los casos, hay consenso con la familia y compartimos pautas de alimentación.
- Con carácter general las dificultades se intentan resolver manteniendo reuniones entre el equipo profesional y las familias para llegar a consensos y compromisos. Siempre hay que intentar establecer un diálogo con la familia y decidir de forma consensuada.
- En los casos más complicados se intenta recurrir a agentes externos. Se facilita la oportunidad de realizar pruebas más específicas de alimentación para procurar una deglución más segura y valorar todas las posibilidades. Es importante acompañarles a este tipo de consultas y pruebas, a la vez que mantener una buena coordinación con los agentes externos.
- Cuando se trata del paso a la alimentación enteral, es necesario tener la capacidad de hacer entender a la familia, sin dramatismos, cuál es el problema. Presentar alternativas, facilitar el acceso a pruebas diagnósticas que

objetiven la situación, contar con profesionales externos de apoyo, incluso con apoyo psicológico si es necesario. Desdramatizar el paso a la alimentación enteral y seguir trabajando la estimulación oral.

- En última instancia, se procede por la entidad de ASPACE a la firma por parte de los o las representantes legales de la persona del consentimiento informado de las consecuencias que pueden acontecer, si no se siguen las pautas establecidas por el criterio profesional.

C Los resultados que conseguimos

PARA LA PERSONAS CON PARÁLISIS CEREBRAL Y OTRAS DISCAPACIDADES CON GRANDES NECESIDADES DE APOYO

- Adaptaciones y apoyos coordinados, centrados en sus necesidades.

PARA LA FAMILIA

- Mejor conocimiento de las necesidades de su familiar y los motivos por los que realizar las adaptaciones en la alimentación.
- Disponer de pautas y recomendaciones adecuadas para aplicar en casa.

PARA EL EQUIPO PROFESIONAL

- Mejor conocimiento de la persona, a partir de la información que aporta la familia.
- Refuerzo en casa de la intervención que se desarrolla en el centro.
- Conciliar, coordinarse y promover el consenso con la familia.

2 - LAS NECESIDADES QUE PRESENTAN LAS PERSONAS CON PARÁLISIS CEREBRAL Y OTRAS DISCAPACIDADES CON GRANDES NECESIDADES DE APOYO. APOYOS Y ADAPTACIONES QUE REQUIEREN

2.9 ACOMPAÑAMIENTO PSICOLÓGICO

A Las necesidades que presentan las personas con parálisis cerebral y otras discapacidades con grandes necesidades de apoyo

Los cambios que se producen en la nutrición, en particular cuando es necesario pasar a una dieta texturizada o enteral, requieren un acompañamiento psicológico con el fin de proporcionar la mayor estabilidad emocional posible en dicho proceso y favorecer su aceptación y adaptación al cambio.

Es importante tener muy en cuenta el proceso psicológico que puede conllevar para cualquier persona sufrir un cambio físico en su vida, y más aún si se trata de un cambio que suponga o se traduzca en una mayor dificultad y dependencia, como es el caso de tener que pasar de una dieta basal a una dieta texturizada o enteral.

También es importante que nos anticipemos a los momentos de crisis haciendo un trabajo preventivo en el que se acompañe a la persona y su familia en todos los aspectos y particularidades de cada proceso de alimentación.

Este proceso psicológico conlleva una serie de emociones, tanto en la persona usuaria como en su familia, hasta llegar a la aceptación y asimilación del cambio.

B Los apoyos, las estrategias y las pautas de intervención

¿Cómo comunicar la necesidad de cambio en la nutrición?:

- El cómo decimos las cosas es importantísimo de cara al impacto que el mensaje puede conllevar para su receptor. Por ello debe realizarse de una forma muy cuidada y procurando siempre escuchar y tener en cuenta la opinión de la persona.
- Cuando el equipo profesional observa la necesidad, hay que hablarlo en primer lugar con la familia en el caso de que sean sus tutores legales, la información debe ser dada a través de una reunión y no de forma telefónica.
- El equipo profesional especialista en el tema (médico, logopeda y nutricionista) es quien se encarga de informar y compartir con la familia:

- Por qué es necesario el cambio.
- En qué consiste el cambio de alimentación.
- Qué va a suponer para la persona.
- Qué incomodidades, en su caso, le va a suponer.
- Qué beneficios le va a aportar.

Es importante que la figura psicológica esté presente para detectar reacciones y valorar si es necesario intervenir con la familia o, si por el contrario, han entendido todo bien y están tranquilos.

Es importante poder tener el material preparado para, además de explicarles, enseñarles en qué consiste el nuevo método de alimentación (ejemplos de comida texturizada, o vídeos sobre cómo funciona el sistema de dieta enteral).

- Implicar siempre a la propia persona usuaria, manteniendo los mismos criterios al transmitirle la información.
- Si la pauta llega de forma externa, por otro profesional sanitario, intentar coordinarnos con él o ella, y acompañar a las familias a las consultas si es necesario.
- Ofrecer posteriormente espacios donde puedan expresar sus dudas y temores, aclarando cualquier información y cuestión que se precise.

¿Cómo acompañar a la persona en la comprensión y aceptación del cambio?:

- Teniendo en cuenta las distintas capacidades y el perfil de cada persona, el equipo profesional inicia un camino de comprensión y aceptación de los cambios. Esto se realiza a través de sesiones en las que se trabaja:
 - En un primer momento sobre autoimagen, percepción de su cuerpo y zona oral, autoconcepto, autoestima, cambios corporales y deterioro. Además de una formación personalizada acerca de lo que es la disfagia y de su situación particular.
 - En un segundo momento se acerca a la persona a su problemática o situación real, utilizando para ello ejercicios de exploración oral y pruebas de valoración objetivas en las que se le hace partícipe.

2 - LAS NECESIDADES QUE PRESENTAN LAS PERSONAS CON PARÁLISIS CEREBRAL Y OTRAS DISCAPACIDADES CON GRANDES NECESIDADES DE APOYO. APOYOS Y ADAPTACIONES QUE REQUIEREN

Entre otras pruebas, cabe citar:

1) *EAT-10*: sencillo screening donde es la propia persona usuaria quien puntúa ítems dentro de las rutinas de alimentación. De esta manera se le hace partícipe y tras obtener la puntuación realizada por ella misma, se llega a un primer momento de confrontación con la realidad.

2) *The SWAL-QOL SURVEY (Understanding Quality of Life in Swallowing Disorders)*: escala donde las propias personas afectadas por disfagia valoran cómo afecta su problema de deglución en su día a día, siguiendo las ocho dimensiones de calidad de vida.

- Una vez que la persona usuaria comienza a tomar conciencia de sus nuevas necesidades, se acuerda entre la persona y el equipo cómo hacer la progresión de alimentos. La aplicación de una adaptación progresiva ofrece mejores resultados que cuando se han realizado cambios drásticos o de golpe.
- Durante el cambio se hace un acompañamiento diario del caso, con un seguimiento de trabajo semanal y, finalmente, mensual: se vuelve a hacer una revisión de la situación trabajando aspectos positivos que han mejorado en su día a día, con respecto a las dimensiones de calidad de vida que previamente al cambio se habían valorado.
- El equipo de psicología del centro realizará un seguimiento individualizado con la persona mediante el cual pueda expresar cómo se siente, afrontar posibles miedos al cambio, ayudarle en el proceso de asimilación a la nueva situación y estar pendiente de si es necesario contactar con la familia para darles pautas o hablar con los profesionales de atención directa.
- También se realizará desde psicología un seguimiento con la familia, ofreciendo el apoyo que necesiten e informándoles del proceso de adaptación en el centro.

- Desde el equipo se tendrá en cuenta que debido a que puede suponer para la persona usuaria un sentimiento de pérdida de autonomía, fomentar todo lo demás para equilibrar emociones y evitar sentimientos generalizados. Independiente de la alimentación debe seguir manteniendo y potenciando la mayor autonomía posible, sentir que su vida no ha cambiado, solo ha cambiado un aspecto de la misma.
- En ciertas ocasiones durante el seguimiento, las personas usuarias y sus familias proponen cambios que se valoran entre las personas implicadas. Es necesario volver a recurrir a la negociación. El equipo profesional debe ser flexible y tener en cuenta el proceso de adaptación al cambio de cada persona.
- En este proceso no hay que olvidar que los conceptos de eficacia y seguridad son esenciales, así como el de participación activa de la persona implicada.

Otras pautas a tener en cuenta en el proceso de adaptación dentro del centro:

El equipo profesional del centro debe tener muy claro el proceso a seguir, e intentará al máximo posible que la nueva forma de alimentación no suponga grandes cambios en su rutina, ni en su relación con el resto de compañeros. Es decir:

- Una vez tomada la decisión con la familia y con la persona y explicada la información necesaria el servicio médico del centro (o, en su caso, a los profesionales responsables de la alimentación y nutrición de la persona), explicará al equipo profesional de atención directa las nuevas medidas, y el equipo de psicología les dará las pautas oportunas para poder reforzar a la persona de forma positiva la nueva situación apoyando con el trabajo psicológico individualizado.
- Hay que valorar si a la persona usuaria le afecta el hecho de compartir espacio con personas que mantienen una dieta basal, para tenerlo en cuenta y valorar con ella otro espacio junto a personas en su misma situación, o si por el contrario prefiere mantener su rutina anterior porque no le supone ningún problema:
 - En el caso de pasar a una dieta texturizada, cabría la posibilidad de que comiera junto a compañeros con la misma dieta.

2 - LAS NECESIDADES QUE PRESENTAN LAS PERSONAS CON PARÁLISIS CEREBRAL Y OTRAS DISCAPACIDADES CON GRANDES NECESIDADES DE APOYO. APOYOS Y ADAPTACIONES QUE REQUIEREN

- En el caso de dieta enteral, es importante valorar si prefiere comer en otro espacio donde de momento no vea al resto porque le produce sufrimiento. Hay que dejarlo a decisión de la persona usuaria y siempre transmitir la tranquilidad de que puede cambiar de opinión cuando lo considere oportuno, o seguir manteniéndose así.

Otras pautas que se han de considerar para las salidas o cuando la alimentación se realiza fuera del centro:

- Es importante que la alimentación no sea un inconveniente a la hora de disfrutar del ocio y tiempo libre. Por ello hay que tenerlo en cuenta a la hora de organizar las salidas en las que la persona vaya a participar.
- Hacer partícipe al voluntariado: informar, formar, solventar dudas, creando canales que faciliten su participación.
- De esta forma, se tendrá en cuenta que, si le afecta participar en salidas dedicadas a tomar alimentos o bebidas que no se pueda permitir, se debe reorganizar el planteamiento de la salida de tal forma que la persona pueda disfrutar o bien dedicar el tiempo que los demás están en ese espacio, para poder hacer otra cosa con ella (dar un paseo por los alrededores, hacer algún recado...).
- Siempre es importante darle a elegir si le apetece o no participar de este tipo de salidas, o si prefiere hacer otras cosas diferentes, ya que puede ser que sus intereses cambien.
- Intentaremos también ayudar a la familia a integrar la nueva forma de comer en las rutinas familiares. Ayudar a resolver situaciones familiares especiales, como celebraciones.

3. PÍLDORA FORMATIVA: BUENAS PRÁCTICAS AL DAR DE COMER

3 - PÍLDORA FORMATIVA: BUENAS PRÁCTICAS AL DAR DE COMER

El programa *Talento ASPACE* es un proyecto liderado por **Confederación ASPACE** desde el año 2016, cuya fundamentación se sustenta en la gestión del conocimiento acumulado en las organizaciones ASPACE, así como en el desarrollo de redes de experiencia y conocimiento compartido entre las entidades miembro.

El programa facilita a los profesionales participantes una estructura coordinada sobre la cual compartir recursos y buenas prácticas a través de diferentes metodologías colaborativas. Gracias al desarrollo de este proyecto, algunos de estos grupos de profesionales han materializado esa metodología colaborativa en productos específicos, como son las píldoras formativas, protocolos de evaluación, modelos de gestión, etc.

De uno de los grupos participantes en este proyecto, conformado por las entidades de **ASPACE Huesca, ASPACE Navarra, ASPACE Rioja y ASPACE Bizkaia**, ha surgido el desarrollo de esta píldora formativa, en la que de una manera visual y práctica se pueden contemplar recomendaciones para el desarrollo de una correcta praxis, a la hora de abordar la alimentación y deglución de personas con parálisis cerebral y otras discapacidades con grandes necesidades de apoyo.



4. ESPECIAL CONSIDERACIÓN Y RECOMENDACIONES PARA LAS PERSONAS CON DIETA ENTERAL

4 - ESPECIAL CONSIDERACIÓN Y RECOMENDACIONES PARA LAS PERSONAS CON DIETA ENTERAL

¿Qué es la nutrición enteral?:

Cuando la persona con parálisis cerebral no puede alimentarse oralmente (por la boca) porque es peligroso o porque a través de esta vía no consigue los nutrientes necesarios, se recurre a la vía enteral.

La vía enteral implica el paso del alimento desde el exterior, directamente al estómago o al intestino delgado, a través de un dispositivo formado por una sonda (que comunica el exterior con el estómago el intestino), y un sistema de propulsión que introduce y hace avanzar el alimento a través de la sonda (bomba de perfusión o jeringa).

Según su punto de entrada en el cuerpo tendremos:

- **Nutrición enteral a través de sonda nasal**, gástrica SNG o entérica SNE (entrada a través de la nariz, y llega hasta el estómago o al intestino). Se utiliza cuando se prevé un uso transitorio y limitado en el tiempo (no más de 4 -6 semanas). Por ejemplo, en casos de desnutrición o deshidratación aguda o cuando se quiere realizar un aporte extra de nutrientes previo a cirugía en personas con dificultades para deglutir.
- **Nutrición enteral a través de estoma:**
 - Gastrostomía: al estómago.
 - Yeyunostomía: al yeyuno.

La entrada se realiza por el abdomen a través de un pequeño orificio "estoma", que se realiza en el quirófano, generalmente por laparoscopia y bajo anestesia.

El dispositivo que se coloca está formado por:

- Un botón de seta o de balón, que queda en el interior del cuerpo.
- Una sonda, por la que se introduce el alimento y queda en el exterior del cuerpo.
- El sistema de infusión (líneas y bolsas) y propulsión (jeringa y bomba).

Indicaciones y contraindicaciones para las personas con dieta enteral:

Una deglución es especialmente peligrosa cuando hay infecciones respiratorias de repetición que van lesionando los pulmones o hay riesgo de un paso importante de alimento a la vía respiratoria con atragantamiento y riesgo de asfixia.

Aunque hay que estudiar a cada persona de forma individual, en general las indicaciones y contraindicaciones son las siguientes:

Indicaciones

- Asegurar el estado nutricional.
- Deglución no segura: existen falsas vías, atragantamientos.
- Deglución no eficaz: malnutrición o desnutrición.
- No segura: existen falsas vías, atragantamientos.
- No eficaz: desnutrición.

Contraindicaciones

- Absolutas:
 - Trastornos de la coagulación.
 - Distress respiratorio.³
 - Incompetencia del entorno.
 - Situaciones de desnutrición pasajeras.
- Relativas:
 - Estómagos previamente intervenidos o situs inverso.
 - Reflujo per se.

³ Dificultad, insuficiencia respiratoria generalmente grave ocasionada por una agresión al sistema alveolar pulmonar. En recién nacidos prematuros generalmente relacionado con la enfermedad de la Membrana Hialina (por falta de surfactante) en niños y adultos por neumonías, aspiraciones...

4 - ESPECIAL CONSIDERACIÓN Y RECOMENDACIONES PARA LAS PERSONAS CON DIETA ENTERAL

Cuidados de la gastrostomía (cuidados de la sonda):

- Limpiar a diario la parte externa de la sonda y la interna del conector.
- Girar frecuentemente la sonda.
- Evitar sujetar la sonda con esparadrapo.
- Mantener cerrados los tampones de la sonda cuando no se use.

Administración de alimentos:

- Comprobar la permeabilidad de la sonda.
- Asegurarse de que la sonda queda vertical al cuerpo mientras se administra el alimento.
- Administrar el alimento despacio (30 minutos).
- Tras la administración de alimentos, o medicamentos, infundir 10 a 20 ml. de agua.

Administración de medicamentos:

- No mezclar medicamentos incompatibles entre sí o con la alimentación.
- En caso de comprimidos triturarlos hasta convertirlos en polvo fino.
- Si se administran con la alimentación: primero el alimento, luego la medicación y después el agua de arrastre.

Administración de medicamentos:

- Estoma irritado o infectado: se produce por falta de higiene o salidas continuas de alimento:
 - Limpiar la zona de alrededor del estoma tras cada toma y mantenerla seca.
 - Si se produce salida de alimento: limpiar la zona, aplicar crema hidratante y poner gasa. La gasa se debe cambiar con frecuencia.

- Si la sonda se obstruye: generalmente, es por alimentos o medicamentos secos que se quedan en el interior de la sonda.
 - Pasar agua tibia (10-20 ml) por la sonda.
- Si la sonda se sale:
 - Recién puesta: avisar al equipo médico.
 - Si lleva tiempo: introducirla y avisar al equipo médico.

Recordar que:

- Las gastrostomías son reversibles.
- El cambio de sonda debe realizarse cada 3 meses y el del botón al año.
- Higiene meticulosa.
- Es necesario seguir cuidando la higiene oral y bucal.
- Se puede bañar a partir del tercer día.
- Es fundamental mantener la estimulación perioral, especialmente la estimulación basal con olores, sabores, ofreciendo claves de anticipación a la hora de comer.

Consultar referencia recomendada: *Guía para la administración y los cuidados de la nutrición enteral a través de sonda o botón de gastrostomía.* (SEGHNP).

<https://www.seghnp.org/documentos/guia-para-la-administracion-y-los-cuidados-de-la-nutricion-enteral-traves-de-sonda-o>

5. LA INNOVACIÓN EN TEXTURIZADOS

The background is a solid blue color. It features several thin, white, curved lines that sweep across the lower half of the page, creating a sense of movement and modern design.

5 - LA INNOVACIÓN EN TEXTURIZADOS

¿Qué son los texturizados?

Se trata de una técnica para la adaptación de alimentos que permite dotarles de una consistencia adecuada y segura para su ingesta, además de permitir la realización de comidas variadas para conseguir una alimentación lo más completa posible. Los platos se hacen más atractivos a la vista y al paladar, al tiempo que se mantienen todas sus propiedades nutritivas en un volumen menor, propiciando que la persona mantenga la motivación y el gusto por comer.

La comida texturizada adquiere un grado de cremosidad seguro para las personas con disfagia, sin alterar el sabor de la comida y manteniendo todas las propiedades alimenticias.

¿Cómo surge la aplicación de la técnica de texturizados a las personas con parálisis cerebral y otras discapacidades con grandes necesidades de apoyo?

Otras técnicas utilizadas para la adaptación de consistencias y texturas (espesantes, dietas túrmix) resultan limitadas para ofrecer una amplia variedad de alimentos. Muchos alimentos peligrosos no se pueden ofrecer a través de estas técnicas (ensaladas, arroz, legumbres, espárragos, verduras con hilos, frutas y alimentos que pudiesen tener doble textura como las sopas o las naranjas...). Por ello, en muchas ocasiones, las personas con graves problemas de disfagia habían visto su dieta limitada a los purés túrmix y a los batidos de frutas.

Además, estas dietas túrmix resultan aburridas, monótonas, sin diferencia clara de sabores y no contemplan los factores sensoriales y sociales que conlleva una dieta "normalizada" (sabores, olores, presentaciones, variedad de platos...). No contemplan factores sensoriales y sociales, esenciales en el proceso de alimentación.

Como consecuencia de todo ello se observaba entre las personas con parálisis cerebral y otras discapacidades con grandes necesidades de apoyo:

- 1 Pérdida de motivación e interés por la comida.
- 2 Alteraciones de conducta por las diferencias en los menús y por la imposibilidad de compartir actividades y salidas de ocio en las que la comida fuese protagonista.
- 3 Problemas de malnutrición (bajo peso, lento crecimiento, escaras...), necesidad de complementos alimenticios e incluso alimentación por gastrostomía o sonda nasogástrica.
- 4 Problemas psicológicos en aquellas personas que pasaban de una dieta normal a túrmix.
- 5 Limitaciones en el ocio: no pueden participar de igual manera que otras personas en acontecimientos sociales y celebraciones, ya que no pueden probar los alimentos que se comparten en este tipo de encuentros. Esto limita sus posibilidades de desarrollo en las dimensiones de relaciones interpersonales e inclusión social.

En este contexto, desde ASPACE Navarra se inició ya hace unos años un proyecto innovador a través de la dieta texturizada, con la implicación y compromiso de la dirección, el equipo profesional (logopedas) y el personal de cocina. La técnica de texturizados está implantada en la organización desde 2015 y actualmente se dispone de todo el menú completamente texturizado.

El proceso ha sido una labor ensayo-error entre cocina y logopedas hasta llegar a conseguir texturizar casi todos los alimentos y alcanzar la capacidad de aportar los resultados de su aprendizaje y experiencia a las demás entidades de ASPACE.

En el momento de la edición de esta Guía son 21 las entidades de ASPACE que han manifestado en el cuestionario remitido para su elaboración, que están en alguna fase de implantación de texturizados: 14 de ellas en una primera fase de formación, preparación, valoración e inicio en su aplicación, y 7 aplicando la técnica con mayor o menor extensión sobre distintos alimentos.

5 - LA INNOVACIÓN EN TEXTURIZADOS

¿Qué diferencias existen entre un puré y una comida texturizada?

La diferencia entre el puré y la comida texturizada es que el puré se hace con la batidora y se necesita añadir alimentos como la patata u otras verduras para cambiar su consistencia, alterando así un poco el sabor. Además, la textura conseguida es menos cremosa.

El texturizado se hace con un robot de cocina. Su textura es más cremosa, parecida a la bechamel, y para conseguirlo en algunos casos sólo es necesario jugar con la salsa del propio alimento y en otros hay que añadir aglutinantes (copos de patata, pan de molde, algas o gelatina). Así se consigue la textura perfecta sin alterar su sabor. No se pierde ninguna propiedad del alimento porque la máquina permite triturar todo sin que haya hilos o pepitas. El programa de texturizados permite a todos disfrutar del mismo menú, adaptando la textura y evitando problemas de atragantamiento.

¿Qué implica la aplicación de los texturizados?

Supone la posibilidad de ofrecer a todas las personas con parálisis cerebral y otras discapacidades con grandes necesidades de apoyo el mismo menú, elaborado con diversidad de texturas en función de las necesidades de adaptación que presenta la persona para cada tipo de alimento. Es decir, puede combinarse el consumo de alimentos que la persona puede seguir consumiendo triturados o aplastados, con el de otros que requieren texturización.

Aplicar esta técnica no supone, por tanto, que todas las personas tengan que disponer de todos los alimentos con un nivel de adaptación texturizada, sino que permite combinar distintos tipos de adaptaciones (texturizado, masticador, aplastado o troceado pequeño) en función de sus necesidades con cada tipo de alimentos.

Ver Anexo 4: Tabla de niveles de texturizados de referencia, elaborada a partir de la experiencia de ASPACE Navarra.

En este sentido se habla de "Niveles de texturizados", siendo 9 niveles los propuestos desde ASPACE Navarra, a partir de su experiencia. En cada uno de estos niveles se incrementa progresivamente el tipo de alimentos que requieren la técnica de texturización, reduciéndose los alimentos sobre los que la persona admite otro tipo de adaptaciones.

¿Qué pasos tiene que dar una entidad de ASPACE que quiere aplicar la técnica de texturizados?

■ PASO 1

Adoptar la decisión a nivel de Dirección e implicar la participación de todo el equipo profesional que debe involucrarse:

- Logopedas.
- Personal de cocina (tanto si es interno como si se trata de un catering externo).
- Personal de apoyo en comedor.
- Nutricionista.

Resulta esencial implicar a todo el equipo profesional en el proyecto. Todo el personal debe ser conocedor de éste, saber cuáles son los objetivos y cuál es el papel que cumplen dentro de él. Para ello es imprescindible la formación/información por parte de las personas coordinadoras del proyecto.

■ PASO 2

Realizar una formación inicial sobre texturizados, implicando al equipo involucrado. En particular a los equipos de logopedia y cocina. **Es importante tener en cuenta que a través de Confederación ASPACE se puede acceder a acciones formativas y a qué entidades las facilitan.**

■ PASO 3

Adquirir los equipos necesarios (robot de cocina) para aplicar la técnica de texturizados y realizar las adaptaciones precisas en cocina.

5 - LA INNOVACIÓN EN TEXTURIZADOS

■ PASO 4

Realizar la valoración individualizada sobre las necesidades de cada persona con respecto a cada tipo de alimento.

¿Cómo realizarla?

- Valoraciones individuales de las personas usuarias. Se realiza por parte del equipo de logopedia. Si hay más de una persona en el equipo de logopedia, lo ideal es que se realice la valoración de manera conjunta para aunar criterios.
 - En la deglución de líquidos mediante el MECV-V.
 - En alimentos sólidos: además de realizar la valoración en sesión individual, es indispensable la observación durante la hora del comedor, porque podemos disponer de gran variedad de alimentos y valorar aspectos como la fatiga.
- Cuestionario sobre alimentación para las familias.
- Incluir en la valoración el estado de la dentadura.

■ PASO 5

Clasificar a las personas en los diferentes niveles de texturizados.

- Clasificación de las personas usuarias en diferentes niveles (se plantea para ello utilizar como referencia la Tabla de niveles de texturizados recogida en el Anexo 4), teniendo en cuenta qué alimentos representan más peligrosidad para cada una, e intentando pautar adaptaciones lo más personalizadas posibles.
- Personalizar y adaptar, en su caso, la tabla de referencia (en función del número de personas, del nivel de desarrollo de texturizados en la entidad y de las necesidades comunes que se observen entre las personas), planteando, en su caso, distintas fases en la implantación.
- Aunque la clasificación pueda ser total, el proceso de implantación de los texturizados se puede adecuar a la capacidad de cada entidad.

■ PASO 6

Realizar todas las consultas, colaboración y coordinación necesaria con profesionales de la Salud y nutricionistas.

- Estar en contacto directo con la sanidad pública, en concreto con el personal sanitario experto en disfagia. Es importante hacerles ver la problemática diaria, en cuanto a alimentación, que presentan muchas de las personas con parálisis cerebral. Haciéndoles partícipes de nuestro trabajo y de nuestras limitaciones, para que ellos nos puedan asesorar sobre temas como, cuál es el procedimiento que debe seguir una familia o una persona para solicitar una videofluoroscopia, para que les receten espesante y éste sea cubierto por la seguridad social, diferentes posibilidades para la administración de la medicación...
- Colaboración con odontólogos, destacando la importancia que merece la salud dental en el proceso de alimentación.
- Contar con la figura de un nutricionista, ya que comprueba el aporte nutricional de los alimentos texturizados para asegurar que éste es el correcto para el estado individual de cada persona, además de orientar para conseguir un perfil dietético-nutricional lo más equilibrado posible para la dieta. Hacer propuestas para la introducción de nuevas elaboraciones y alternativas para que los desayunos, postres y meriendas sean más variados.

■ PASO 7

Planificar y desarrollar una aplicación progresiva de los texturizados en la organización considerando los medios disponibles, las necesidades de las personas, los niveles de texturizados y la progresiva extensión en alimentos.

- Se recomienda comenzar texturizando los alimentos que son requeridos por un mayor número de personas dentro de la entidad.
- Si el número de personas usuarias de texturizado no es muy alto, la planificación y organización se puede realizar de manera manual desde el equipo de cocina, empezando con una muestra. Pero en cuanto aumenta su número se recomienda el uso de un programa informático que cruce personas y niveles de textura, facilitando el trabajo en cocina.

5 - LA INNOVACIÓN EN TEXTURIZADOS

- Asimismo, es necesario organizar y ordenar el funcionamiento de cocina para atender de forma adecuada a las distintas necesidades en niveles de texturizados (inicialmente puede ser con una herramienta sencilla, Excel o similar. Posteriormente se puede hacer necesario un programa informático ad hoc).
- En el caso de contar con cocina externa (servicio de catering), resulta esencial una adecuada coordinación y trabajo conjunto de este equipo externo con el equipo de logopedia de la entidad, para atender de forma adecuada a los distintos niveles de texturizados requeridos por las personas usuarias.

Aspectos a tener en cuenta en torno al servicio de comedor:

- Presencia diaria del equipo de logopedia en el comedor, en la medida de lo posible en todos los centros y servicios (también en aquéllos donde no hay personal técnico). Supervisar pautas y su cumplimiento.
- Disponer de un número de personal suficiente para que sea posible una correcta atención de las personas usuarias en el momento de la alimentación.
- Trabajo transdisciplinar de todo el equipo implicado en el proceso de alimentación.
- Actualización del material informativo completo de las pautas a seguir con cada persona usuaria, de manera que su presentación sea muy visual y fácil de comprender, que esté al alcance de todos los profesionales de comedor.
- Tener en cuenta la administración de las medicaciones, ya que igual que algunos alimentos necesitan adaptaciones, la medicación también.
- Hacer hincapié en la manera correcta de servir y dar de comer a las personas, independientemente del menú que tengan (cantidades, tiempo empleado, posición del profesional con respecto a la persona, ambiente agradable, cómo servir texturizado).
- Pautar el modo de higiene bucal más adecuado para cada persona, incluyendo a las que se alimentan de manera enteral (uso de colutorio, gasas...).

- Extremar la higiene para dar de comer (pelo recogido, manos lavadas, no soplar para enfriar, probar la comida con otra cuchara...).
- Pautar los tiempos de espera para tumbar a las personas, evitando la facilitación de reflujo gastroesofágico.

Aspectos a tener en cuenta durante el desarrollo de texturizados:

- Imprescindible el contacto continuo con cocina, presencia de la figura de logopedia en cocina y reuniones habituales para la transmisión de información bilateral.
- Creación de una hoja de sugerencias en cada comedor, para ser recibida por la coordinación del proyecto.
- Trasladar también los aspectos positivos o aciertos a cocina:
 - Destacarles los platos que están perfectamente conseguidos, de esta forma aumentamos la motivación en la cocina.
 - Desde cocina podrán indagar por qué un plato ha salido bien, para incorporar este aprendizaje.
- Es importante recoger las recetas y pautas de elaboración de los platos para poder replicarlos y que siempre salgan en las mismas condiciones, aunque cambie el personal de cocina.
- Creación de un grupo de personas usuarias, cuyo menú sea adaptado, que se encarguen de probar cada plato nuevo texturizado, para testar que aspectos como su sabor, su textura y su apariencia son los correctos.
- Tener en cuenta a la persona y a la familia a la hora de adaptar el menú de cada uno, se debe informar a ambas partes previamente. Además, estar atentos a lo que supone, a nivel emocional, dicho cambio para cada persona usuaria y realizar, en caso de que fuera necesario, acompañamiento psicológico durante el período de transición.

5 - LA INNOVACIÓN EN TEXTURIZADOS

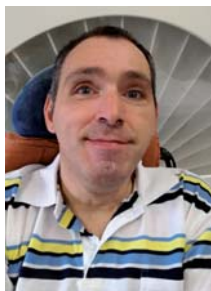
- Hacer partícipes a las personas usuarias en el proceso de texturizados, organizando alguna actividad (a menor escala que el texturizado de cocina), relacionada con la alimentación adaptada y que sean ellos los que cocinen, texturicen y posteriormente testen.
- Buscar alternativas al espesante, el rechazo al sabor de este suele ser generalizado y la alternativa de la gelatina puede resultar peligrosa a nivel deglutorio, además de aportar azúcar. También es importante "gelificar" agua, como sustitutivo del espesante con textura pudding, néctar y miel. Tener en cuenta a las personas usuarias que rechazan los líquidos, pero no tienen disfagia.
- Tener en cuenta a las personas usuarias que se alimentan de manera enteral y cuando sea posible por sus condiciones, proporcionarles también técnicas de dieta sin peso, que permiten la estimulación mediante el sabor.



Muestra de texturizados elaborados por ASPACE Navarra. Presentada en el Parlamento de Navarra durante el Congreso del Día Mundial de la Parálisis Cerebral 2018

5 - LA INNOVACIÓN EN TEXTURIZADOS

¿Qué resultados se están obteniendo con la aplicación de los texturizados?



"Mi nombre es Jesús, tengo parálisis cerebral. La comida texturizada se resume en un antes y un después en mi vida. A mis 47 años conocí por fin el sabor de casi todos los alimentos y se acabaron los túrmix para mí y mis compañeros con problemas de deglución. ¡Ahora como igual que tú!"

Jesús San Juan ● ASpace Navarra



"Mi nombre es Raquel, soy logopeda de ASpace Navarra, y puedo asegurar que la comida texturizada además de haber supuesto un cambio abismal en las personas con parálisis cerebral de nuestra entidad, ha supuesto un cambio rotundo en la visión que yo, como logopeda, tenía en el área de la alimentación".

Raquel Chasco ● Logopeda de ASpace Navarra



"Imagínate: ¡Toda tu vida comiendo los mismos purés! Para mi hijo, la comida texturizada ha sido un descubrimiento de sabor y color. Gracias a ella, puede disfrutar de muchos alimentos que antes eran impensables para él".

Pilar Butini ● Madre de Mario Etayo alumno del Colegio "Virgen de Orreaga" de ASpace Navarra



"Para mí ha supuesto una alegría el comprobar que las personas con parálisis cerebral de la entidad disfrutan mucho comiendo lo mismo que sus compañeros y sintiendo experiencias nuevas".

Teresa Bazán ● Cuidadora de ASpace Navarra



"Para mí el texturizado ha sido una forma de que las personas con parálisis cerebral disfruten de los sabores de diferentes alimentos que nunca habían probado. Y para nosotras ha sido un aprendizaje y disfrutamos preparándolos sabiendo que los disfrutan".

Taitane Araujo ● Cocinera de IRIGOYEN Comedor Saludable

5 - LA INNOVACIÓN EN TEXTURIZADOS

TOMATE (ensalada)



Ingredientes para 1,5l:

- 8 tomates de 220gr
- 110gr aceite.
- 65gr de vinagre.
- 4 gr sal.
- 30 gr gelatina.

ELABORACION

- 1 Lavar los tomates y cortar en 2 o 3 trozos. Quitamos lo no comestible.
- 2 Los metemos en el robot a máxima potencia durante 3 min.
- 3 Componemos con aceite, vinagre y sal y batimos en el mismo robot. 30 segundos.
- 4 Pasamos por el chino para quitar residuos (piel, pepitas...)
- 5 Ponemos a calentar 500 ml del tomate y disolvemos la gelatina. Por litro son 15 gr de gelatina pero hemos observado que el vinagre absorbe mucha gelatina y necesitamos más gelatina para conseguir la consistencia adecuada. Así que en 1,5 l utilizamos 30 gramos de gelatina en total.
- 6 Cuando la gelatina este bien disuelta juntamos con el resto del tomate triturado, colocamos en bandejas y metemos al frigorífico.

Valor nutricional por persona (120 gr)

ENERGÍA 38,88 kcal	HDC 6,61 gr	HDC SIMPLES 6,61 gr	PROTEÍNAS 0,96 gr	LÍPIDOS 0,36 gr	COLESTEROL ---	FIBRA 2,01 gr	AGUA 109,92 gr
------------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------------	---------------------------	--------------------------	-------------------------	--------------------------

HUEVOS texturizados



Ingredientes para texturizar 15 raciones:

- 30 huevos duros.
(525 gr de yemas y 985 gr de claras).
- 120 ml de agua para las yemas.
- 80 ml de aceite de oliva suave para las yemas.
- 150-200 ml de agua para las claras.
- 50 ml de aceite de oliva suave para las claras.

ELABORACION

1 Cortar los huevos duros por la mitad y separar la clara de la yema.

Elaboración de las claras

- 1 Calentar las claras en el microondas o en el horno unos 2 minutos.
- 2 Meter en la cuba del robot los 985 gr de claras calientes + 160 gr de agua (templada) y 50 ml de aceite de oliva durante 2 min. Si vemos que quedan grumos echar más agua.
- 3 Ponemos en manga y reservamos.

Elaboración de las Yemas

- 1 Calentar las yemas en el microondas o en el horno unos 2 minutos.
- 2 Meter en la cuba del robot los 525 gr de yemas calientes+ 120 gr de agua templada y 80 ml de aceite de oliva suave durante 2 min.
- 3 Ponemos en manga.

A la hora de servir podemos utilizar nuestra imaginación, como en la imagen, simulando unos huevos.

Valor nutricional por persona (125 gr). 120 gr de huevo duro + 5 gr de aceite de oliva.

ENERGÍA	HDC	HDC SIMPLES	PROTEÍNAS	LÍPIDOS	COLESTEROL	FIBRA	AGUA
186 kcal	1,12 gr	1,12 gr	15,09 gr	10,61 gr	0,004 gr	---	89,54 gr

FRESAS texturizadas



Ingredientes para 18 personas:

- 2,5 kg de fresas.
- 34 gr de gelatina en polvo neutra.
- 200-300 ml agua.

Nota: Utiliza más agua cuanto más gelatina haya para disolver.

ELABORACION

- 1 Limpia bien las fresas retirando las hojas y lavando las fresas con agua.
- 2 Introduce las fresas en el robot y tritúralas unos 2 minutos aproximadamente.
- 3 Pasa por el chino o colador para quitar residuos.
- 4 Salen unos 2,100 litros que reservamos.
- 5 Utiliza para texturizar 34 gr de gelatina en polvo. (16 gr por litro).
- 6 En una cazuela caliente 200ml de agua y disuelve los 34gr de gelatina en polvo cuando el agua comience a hervir.
- 7 Una vez disuelta la gelatina mezclamos con una varilla con las fresas ya trituradas.
- 8 Ponemos en tarrinas y metemos en refrigeración.

Nota: Puedes pasar por el robot otra vez para mezclar pero no más de 2 segundos porque se forma mucha espuma.

Valor nutricional por persona (120 gr)

ENERGÍA 38,88 kcal	HDC 6,61 gr	HDC SIMPLES 6,61 gr	PROTEÍNAS 0,96 gr	LÍPIDOS 0,36 gr	COLESTEROL ---	FIBRA 2,01 gr	AGUA 109,92 gr
------------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------------	---------------------------	--------------------------	-------------------------	--------------------------

Rutina alimentación

DATOS DE LA PERSONA USUARIA

Iniciales entrevistado:

Sexo: M H

Fecha de evaluación:

Fecha de nacimiento:

Centro:

Años en la entidad:

Servicio

Años en el servicio:

Diagnóstico:

INFORMANTE

Persona usuaria:

Familiar directo:

Otros:

ENTREVISTADOR

Nombre:

Ocupación:

Relación con el entrevistado:

Indicaciones Actividad

¿Qué son las rutinas?

Las rutinas no son necesariamente algo que sucede rutinariamente. Son simplemente partes del día. Es imposible que una persona usuaria no tenga rutinas.

Proceso de Entrevista:

1 Contextualizar la rutina en la persona usuaria:

Te vamos hacer unas preguntas referidas a una rutina que llevas a cabo todos los días: la alimentación. Me gustaría que me contestases sobre qué te parece esa rutina, cómo la llevas a cabo, qué te gustaría mejorar...

2 Preguntar sobre la rutina:

Posibles preguntas que puede incluir la entrevista:

- Dar oportunidad a que describa la rutina a preguntar.
- ¿Cómo participa la persona en la rutina (implicación)?
- ¿Se encuentra la persona satisfecha sobre cómo se lleva a cabo la rutina?
- Qué cambiarías de la rutina preguntada.
Cuando la persona usuaria diga que quiere cambiar algo de su rutina, preguntar para qué quiere hacerlo. El para qué nos hace ver la funcionalidad.
- Qué harías diferente.

Aspectos a tener en cuenta:

- Recoger el tiempo empleado.
- Señalar posibles objetivos.
- Priorizar objetivos.

Si hemos señalado 3 objetivos funcionales, repasarlos con la persona usuaria al final y preguntarle que, de los tres objetivos establecidos, cuáles serían a su modo de ver los más prioritarios.

EJEMPLO

Entrevistador:

Bueno te voy a preguntar sobre una rutina que conoces muy bien, la alimentación. Es una de las rutinas más importantes que realizamos en nuestras vidas y con las que más se disfruta a diario normalmente.

¿Podrías describirme cómo llevas a cabo esta rutina, en el momento del día que tú quieras (desayuno, comida o cena); cómo te sientes haciéndola o qué cambiarías de ella para mejorarla?

Persona usuaria:

- Descripción (buen informador). Con la descripción por parte de la persona usuaria es suficiente.
- Descripción (falta información). Ahora para ayudarte a describir la rutina voy a ir haciéndote una serie de preguntas sobre ella, para que me cuentes con el máximo detalle posible como se lleva a cabo.

Información Básica

Me gustaría comenzar por tener una idea global de qué significa comer para tu hijo/a y todo lo que rodea a ese momento tan importante. de todas formas, si no sois capaces de describir con detalle esto, más adelante iremos repasando los diferentes momentos que tienen que ver con la alimentación.

- ¿Le gusta comer? ¿Le gusta el momento de la comida? ¿Cuál creéis que es el momento de la comida preferido desayuno-comida-merienda-cena? ¿Por qué? ¿Qué tipos de alimentos son los que más le gustan? ¿Los puede comer a menudo?
- ¿Puedes describirme como es el momento de la comida normalmente?

Observaciones a las preguntas

Objetivos Funcionales

Autonomía

Esta parte tiene que ver con la autonomía que tiene a la hora de la comida.

- **¿Qué suele hacer** solo/a o **con poca ayuda** en el momento de la comida?, pon ejemplos.

Posibles ejemplos:

- Preparación de utensilios espacios necesarios (pone la mesa, el mantel, trae los cubiertos, platos, comida...)
 - Preparación de comidas (es capaz de preparar comidas simples o más complejas, indicar nivel de ayuda necesaria).
 - **Puede elegir, si tiene hambre, comer a deshora y sobre qué abanico de alimentos ¿o tiene que pedir permiso?**
 - **Puede elegir comer algún día fuera del ámbito de asociación.**
 - **Elige él el sitio o el lugar donde se sienta.**
- ¿En qué le gustaría tener más autonomía y cómo podría lograrlo? ¿Cree que es posible? ¿Es un objetivo alcanzable a largo o a corto plazo? ¿En cuánto tiempo?

Observaciones a las preguntas

Objetivos Funcionales

Factores Personales y Emocionales

- ¿Creéis que come demasiado rápido o con ansiedad? ¿Tiene tiempo suficiente para la comida?
- ¿El tiempo que tarda en comer es el adecuado?
- ¿La comida es un momento del día importante para él o ella? ¿Por qué?
- ¿Tiene alguna manía a la hora de comer?
- ¿Suele tener apetito? ¿Llega con mucha hambre a la hora de la comida? ¿Se queda con hambre alguna vez? ¿Puede repetir si le gusta?

Observaciones a las preguntas

Objetivos Funcionales

Resumen de la Entrevista

TIEMPO EMPLEADO







OBSERVACIONES A LA ENTREVISTA

(del contexto, de la actitud de la persona usuaria, del estado de ánimo...)

OBJETIVOS FUNCIONALES







Prioridad

ANEXO 2 - TABLAS DE NIVELES DE TEXTURIZADO

NIVEL DE TEXTURIZADO	 LEGUMBRES <ul style="list-style-type: none"> ■ Lentejas ■ Garbanzos ■ Alubias ■ Guisantes <p>- Ensaladas de legumbres, menú de verano -</p>	 VERDURAS CON HILOS <ul style="list-style-type: none"> ■ Borraja ■ Acelga ■ Puerro ■ Purrusalda ■ Espárragos ■ Alcachofas ■ Espinacas ■ Cardo ■ Setas / Champiñones / Menestra ■ Pisto ■ Escalibada ■ Hortalizas al horno ■ Alubia verde ■ Pisto de verdura ■ Grelos ■ Pimientos de Padrón ■ Cebolla 	 VERDURAS <p>- Que se puedan aplastar y hacer una masa homogénea textura pudding -</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Coles de Bruselas ■ Coliflor ■ Brócoli ■ Berza ■ Calabacín relleno ■ Berenjena rellena ■ Tomate relleno ■ Tortilla de verduras ■ Pudding de verduras ■ Ensaladilla rusa ■ Zanahoria 	 CONSOMÉ	 CREMAS / SOPAS <ul style="list-style-type: none"> ■ Gazpacho ■ Salmorejo ■ Crema de calabacín ■ Crema de puerro ■ Crema de calabaza ■ Crema de zanahoria ■ Sopa castellana ■ Sopa de cocido ■ Sopa de marisco ■ Sopa de tomate ■ Caldo gallego (grelos, habas, patatas) - en otro apartado - 	 ENSALADA CON: <ul style="list-style-type: none"> ■ Lechuga ■ Tomate ■ Maíz ■ Aceitunas ■ Legumbres ■ Tropical ■ Pasta ■ Arroz ■ Remolacha ■ Zanahoria ■ Sandwich vegetal ■ Pastel vegetal
NIVEL 9	●	●	●	●	●	●
NIVEL 8	●	●	A	●	●	●
NIVEL 7	●	●	A	●	●	●
NIVEL 6	●	●	A			●
NIVEL 5	●	●	A			●
NIVEL 4	●	M	A			●
NIVEL 3	●	M				●
NIVEL 2	●	M				T
NIVEL 1	A					●
NIVEL 0				●		






● El alimento debe estar texturizado **M** Masticador **A** Aplastado **T** Troceado pequeño

ANEXO 2 - TABLAS DE NIVELES DE TEXTURIZADO

NIVEL DE TEXTURIZADO	NIVEL 9					
	PATATAS	PASTA	ARROZ	PESCADOS BLANDOS	PESCADOS SECOS	CARNES BLANDAS
NIVEL 9	 <p>PATATAS</p> <p>- Con salsa para que se pueda aplastar y hacer una masa homogénea textura pudding -</p> <ul style="list-style-type: none"> Guisadas (los trozos con el masticador) Calderete, cocidas, bravas Ali-oli Ensalada Ensaladilla Patatas fritas Tortilla Rellenas Gratinadas Marmitako Guisado de patatas con calamar Patatas con ragout de pavo Patatas con estofado de ternera 	 <p>PASTA</p> <p>- Bien cocida y con salsa (excepto canelón y lasaña) -</p> <ul style="list-style-type: none"> Tallarines Coditos Macarrones Espirales con frutos de mar fideua Espaguetis con atún 	 <p>ARROZ</p> <p>- Bien cocido y con salsa -</p> <ul style="list-style-type: none"> Paella Risotto Arroz con tropezos Arroz con pisto Arroz a la griega (con salchichas) Arroz con calamar Arroz con huevo frito 	 <p>PESCADOS BLANDOS</p> <p>- Bien cocido y con salsa -</p> <ul style="list-style-type: none"> Albóndigas de pescado Pimientos rellenos de pescado Pudding Txaka con mahonesa Gallo Platija Halibut Limanda Lenguado Tilapia Merluza en salsa verde Palometa con salsa de limón cazón con pisto Palometa y abadejo 	 <p>PESCADOS SECOS</p> <ul style="list-style-type: none"> Bacalao Ajoarriero Rape Merluza Perca Calamares en su tinta Gambas Langostinos (podemos añadir mayonesa) Salmón Atún Nuggets pescado Varitas Granadero Hamburguesas de calamar con salsa Mejillones con tomate Mero Pulpo Vieiras Mejillones Atún de lata Merluza en salsa 	 <p>CARNES BLANDAS</p> <p>- que se puedan aplastar con el tenedor y hacer una masa homogénea textura pudding -</p> <ul style="list-style-type: none"> Albóndigas de carne Canelones Lasaña Pimientos rellenos de carne Pastel de carne Morcilla Relleno Berenjena rellena de carne Farinato
NIVEL 8	M	●	A	●	●	M
NIVEL 7	M	●	A	●	●	M
NIVEL 6	M	M	A	●	●	M
NIVEL 5	M	A	A	●	●	A
NIVEL 4	M	A	A	●	●	A
NIVEL 3					M	
NIVEL 2					M	
NIVEL 1						
NIVEL 0						

● El alimento debe estar texturizado **M** Masticador **A** Aplastado **T** Troceado pequeño

ANEXO 2 - TABLAS DE NIVELES DE TEXTURIZADO

NIVEL DE TEXTURIZADO	NIVEL DE TEXTURIZADO				
	CARNES BLANDAS GUISADAS	CARNES DURAS	VARIOS	HUEVOS / FRITOS	FRUTAS DURAS Y ACUOSAS
	 <ul style="list-style-type: none"> Pollo y pavo guisado o en salsa Pollo asado con jugo Escalopín en salsa Fiambres Redondo Rotti de pavo Ragout Carrilleras Hamburguesas de carne con salsa Salchichas frescas y frankfour Butifarra 	 <ul style="list-style-type: none"> Hígado Lomo de cerdo Escalopín de pollo rebozado Libro lomo y queso Chistorra Cabezada Ternera guisada Potro guisado Cerdo guisado Nugget pollo Toro guisado Pato con salsa Solomillo con salsa Lacón Filetes rusos Cinta de Sajonia Chorizo Tocino Morcillo Pollo a la plancha 	 <ul style="list-style-type: none"> San Jacobo San Marino Pescado rebozado Empanada Empanadillas Sandwich mixto Sandwich de atún Pizza Hamburguesa en pan Hojaldre Crêp Burritos / Kebab Flamenquines Baguetina Villaroy Cordón Blue Huevos con pisto Tortilla española en salsa Huevos revueltos Hornazo 	 <ul style="list-style-type: none"> Tortillas o revueltos <p>- Que tengan doble textura y NO se puedan aplastar: de jamón, champiñones, espárragos o chistorra -</p> <p>- El resto de tortillas texturizar para Nivel 8 -</p> <ul style="list-style-type: none"> Huevos cocidos con salsa Huevos rellenos Huevos gratinados Croquetas Fritos de pimiento y jamón y queso Frito de huevo Buñuelos de bacalao 	 <ul style="list-style-type: none"> Melón Sandía Manzana Pera Naranja Uvas Piña Almíbares Macedonia Frutos secos Plátano Mandarina Nectarina Melocotón Ciruelas Fresas Cerezas Paraguayos Melocotón Ciruelas Pasas
NIVEL 9	●	●	●	●	●
NIVEL 8	●	●	●	●	●
NIVEL 7	●	●	●	M	●
NIVEL 6	●	●	●	M	●
NIVEL 5	M	●	M	M	●
NIVEL 4	M	●	M	A	●
NIVEL 3	M	M	T	T	●
NIVEL 2	T	M	T	T	T
NIVEL 1					
NIVEL 0					

● El alimento debe estar texturizado M Masticador A Aplastado T Troceado pequeño

ANEXO 2 - TABLAS DE NIVELES DE TEXTURIZADO

NIVEL DE TEXTURIZADO	POSTRES	OTROS
	<p>- que NO se puedan aplastar y hacer una masa homogénea textura pudding -</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Arroz con leche ■ Tarta ■ Bizcocho ■ Brazo gitano ■ Plum cake ■ Rosco ■ Pantxineta ■ Hojaldre ■ Brownie ■ Plancha trufa ■ Pastel calabaza ■ Tiramisú ■ Pastas 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Manzana asada ■ Pudding de manzana ■ Pudding de castaña ■ Compota de pera ■ Compota de manzana ■ Macedonia (sin azúcar añadido)
NIVEL 9	●	●
NIVEL 8	●	
NIVEL 7	●	
NIVEL 6	●	
NIVEL 5	●	
NIVEL 4	A	
NIVEL 3	T	
NIVEL 2	T	
NIVEL 1		
NIVEL 0		

- Nivel 0** Únicamente se texturizará el consomé. Nivel necesario para personas que necesitan texturizar los líquidos pero no el resto de los alimentos.
- Nivel 1** Únicamente necesitaría tener las ensaladas texturizadas.
- Nivel 2** Necesitaría tener las legumbres texturizadas.
- Nivel 3** Corresponde al nivel básico del A3 antiguo. Necesitaría tener las legumbres, ensaladas y frutas texturizadas.
- Nivel 4** Corresponde al nivel fácil masticación del A3 antiguo. Necesitaría tener las legumbres, ensaladas, pescados secos, carnes duras y frutas texturizadas.
- Nivel 5** Corresponde al nivel disfagia del A3 antiguo. Necesitaría tener las legumbres, verduras con hilos, ensaladas, pescados secos, carnes duras y frutas texturizadas. Dejarían de texturizarse el grupo de San Jacobo, San Marino, empanadillas...
- Nivel 6** Necesitaría tener las legumbres, verduras con hilos, ensaladas, arroz, pescados secos, carnes guisadas, la columna de rebozados (San Jacobo...), carnes duras, frutas y postres texturizados. Tendría el arroz texturizado pero no el pescado blando. La pasta sin texturizar.
- Nivel 7** Necesitaría tener las legumbres, verduras con hilos, ensaladas, pasta, arroz, pescados blandos, pescados secos, carnes guisadas, carnes duras, la columna de rebozados (San Jacobo...), y frutas y postres texturizados.
- Nivel 8** Necesitaría tener las legumbres, verduras con hilos, gazpacho y cremas, ensaladas, pasta, arroz, pescados blandos, pescados secos, carnes guisadas, carnes duras, la columna de rebozados (San Jacobo...), la columna de varios (tortillas...) frutas y postres texturizados.
- Nivel 9** Corresponde al nivel completo.

Sopas: vendrá texturizada para los niveles 0, 7, 8 y 9. sólo el consomé para los niveles del 1 al 6.
Sopa con dobles texturas para las personas sin trastornos de deglución.
Ante cualquier duda, primaremos la seguridad y daremos texturizado.

Tablas *Niveles de texturizados* cortesía de ASPACE Navarra

● El alimento debe estar texturizado **M** Masticador **A** Aplastado **T** Troceado pequeño

ANEXO 3 - FUENTES Y REFERENCIAS

GUÍAS

- ASPACE Huesca. Guía alimentación y disfagia. Servicio de orientación y logopedia. http://aspacehuesca.org/wp-content/uploads/guia_disfagia_aspacehuesca.pdf
- AVAPACE y Universitat de Valencia. CPWELLBEING. HEALTHYLIVE. Guía didáctica. Desarrollo de un Programa de Capacitación para Mejorar el Bienestar de las Personas con Parálisis Cerebral mediante la Alimentación Inclusiva y la Actividad Física. http://www.cpswell.eu/media/gu_a_docente.pdf
- UPACE San Fernando. Guía de alimentación para personas con parálisis cerebral y discapacidades afines. <http://upacesanfernando.org/wp-content/uploads/2015/03/Guia-Upace-Alimentacion.pdf>
- Clavé Civit P. y García Peris P. (2011). Guía de diagnóstico y de tratamiento nutricional y rehabilitador de la disfagia orofaríngea. Nestlé Health Science. <https://bit.ly/2MnqNmC>
- Fundació Catalunya la Pedrera (2016). Guía práctica de gastronomía triturada. Agència de Salut Pública de Catalunya. http://salutpublica.gencat.cat/web/.content/minisite/aspcat/promocio_salut/alimentacio_saludable/02Publicacions/pub_alim_gent_gran/guia_gastronomia_triturada/Guia-practica-de-gastronomia-triturada-ESP.pdf
- Gómez López L., Pedrón Giner C. y Martínez Costa C. (2013). Guía para la administración y los cuidados de la nutrición enteral a través de sonda o botón de gastronomía. Editorial Glosa, S.L. https://www.senpe.com/libros/guia_gastrostomiaboton_vs_2013_12_16.pdf
- González Alted C. et al. Guía de nutrición para personas con disfagia. (2017). IMSERSO. http://www.imserso.es/interpresent3/groups/imserso/documents/binario/402017002_guia_nutricion_perso.pdf

- Grupo Nurse. (2017). Tengo disfagia pero como en familia. 27 recetas para disfrutar comiendo. <http://www.adenyd.es/wp-content/uploads/2017/06/Recetas-Disfagia-Andaluz.pdf>

VIDEOTUTORIALES

- Videotutorial sobre alimentación para personas con parálisis cerebral. ACPACYS Córdoba a través de la Federación ASPACE Andalucía <https://www.youtube.com/watch?v=ZKSQ1zQ-4nE>

OTRAS REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bacco R. J.L., Araya C.F., Flores G.E., Peña J.N. (2014). Trastornos de la alimentación y deglución en niños y jóvenes portadores de parálisis cerebral: abordaje multidisciplinario. REV. MED. CLIN. CONDES - 2014; 25(2) 330-342.
- Confederación ASPACE. Ergonomía y alimentación en personas con parálisis cerebral y afines (Plan de formación continua).
- Confederación ASPACE. (2010). Valoración y Educación de la motricidad bucofacial.
- Cortés Otal A.C. (2016). Batidos de frutas. Residencia ASPACE Huesca.
- Gallar Manuel. (2010) Curso de nutrición en las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo. Prontuario y materiales de trabajo. Plena Inclusión Euskadi.
- Garmendia Merino G., Gómez Candela C., Ferrero López I. (2008). Diagnóstico e intervención nutricional en la disfagia orofaríngea: aspectos prácticos. Nestlé Nutrición.
- González Alonso M.Y., et al. (2018). La alimentación en personas con parálisis cerebral en proceso de envejecimiento. X Jornadas Científicas Internacionales de Investigación sobre Personas con Discapacidad.

ANEXO 3 - FUENTES Y REFERENCIAS

- Le Mètayer Michel (1994). Reeducción cerebromotriz del niño pequeño: educación terapéutica. MASSON.
- Logemann. Máster de Terapia Miofuncional impartido por la Universidad Pontificia de Salamanca, pautas indicadas por los doctores del Servicio de Rehabilitación de Disfagia del Hospital Civil de Málaga, cursos y artículos relacionados. Material de Nestlé Health Science.
- Moreno Villares, J.M., Galiano Segovia, M.J. et al (2001). Alimentación en el paciente con parálisis cerebral. Departamento de Pediatría. Hospital "Doce de Octubre". Madrid. ACTA PEDIATRICA ESPAÑOLA, Vol. 59, N.º 1, 2001.
- O'Connell L. (2018). Importancia de la postura para la prevención de la subluxación de cadera en personas con parálisis cerebral. Commentary on "Effects of Postural Management on Hip Migration in Children With Cerebral Palsy: A Systematic Review". Pediatric Physical Therapy. 30(2):92, APR 2018. Zipp GP1.
- Penny Welch-West M.CI.Sc. SLP (C), Jo-Anne Aubut BA, Norine Foley MSc, Robert Teasell MD FRCPC. Disfagia e intervenciones nutricionales en los pacientes con lesión cerebral adquirida. Fundación Mapfre.
- Peñas P. y Sánchez. S. ¡Vamos a Comer!! Alimentación Funcional, segura y agradable.
- Plazas Michelsen C. et al (2016). Guía técnica del componente de alimentación y nutrición para la población con discapacidad. Bienestar Familiar.
- Poyuelo Sanclemente M. (1996). Logopedia en la Parálisis Cerebral. Diagnóstico y tratamiento. Masson.
- Sahinoglu D1, Coskun G1, Bek N1. (2016). Importancia del uso de dispositivos adaptados (confeccionados para cada persona usuaria) para el mejor manejo de los miembros superiores. Effects of different seating equipment on postural control and upper extremity function in children with cerebral palsy. Prosthet Orthot Int. 2017 Feb;41(1):85-94. doi: 10.1177/0309364616637490. Epub 2016 Jul 9.
- Velasco, M.M., Arreola, V. et al. (2007). Abordaje clínico de la disfagia orofaríngea: diagnóstico y tratamiento. Nutrición Clínica en Medicina. Noviembre 20017. Vol. I-Núm. 3. Pp. 174-202.

Otras referencias:

- www.guiametabolica.org

Guía de alimentación

Recomendaciones para personas con parálisis cerebral y otras discapacidades con grandes necesidades de apoyo sobre alimentación y deglución

Confederación ASPACE

C/ General Zabala 29
28002 Madrid
Tel. 91 561 40 90
www.aspace.org



<https://twitter.com/ConfeAspace>



<http://www.facebook.com/caspace>



<https://www.instagram.com/confeaspace>

Colaboran:



 POR SOLIDARIDAD
OTROS FINES DE INTERÉS SOCIAL

