



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Programa de autocuidados sobre el uso
de alimentos texturizados para
cuidadores de pacientes geriátricos con
disfagia

Self-management programme on texture-modified
food for primary caregivers of elderly patients
suffering dysphagia.

Autor

Enrique Jordán Yécora

Director/es

Enrique Tobajas Asensio

Facultad de Ciencias de la Salud
2022/23

Índice

1. Resumen.....	2
2. Introducción.....	4
3. Justificación.....	7
4. Objetivos.....	8
5. Metodología.....	8
6. Desarrollo del programa.....	10
6.1 Diagnósticos de enfermería.....	10
6.2 Contexto social.....	10
6.3 Población diana.....	11
6.4 Recursos humanos y materiales.....	11
6.5 Sesiones y cartas descriptivas.....	12
6.6 Cronograma del programa.....	17
6.7 Presupuesto.....	17
6.8 Evaluación.....	18
7. Conclusiones.....	18
8. Bibliografía.....	19
9. Anexos.....	23

1. Resumen

Introducción: La disfagia es una afección en la cual las estructuras y mecanismos de la deglución están afectados, impidiendo la normal alimentación del paciente. La población anciana es especialmente susceptible, lo que se agrava al considerar toda la población anciana no autónoma que necesita ayuda para las actividades básicas de la vida diaria.

Objetivo: Realizar un programa de educación para la salud para garantizar una correcta formación de los cuidadores de los pacientes con disfagia y mejorar sus indicadores nutricionales mediante el uso de comida texturizada.

Metodología: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica sobre la actualidad de la comida texturizada y los espesantes en pacientes geriátricos con disfagia con el fin de elaborar un programa de salud útil y basado en la evidencia.

Conclusiones: El programa consigue mejorar la calidad de vida de los pacientes que sufren disfagia, elevar sus indicadores nutricionales y mejorar la implicación de los cuidadores en el cuidado de los pacientes.

Palabras clave: Disfagia, dependiente, anciano, cuidador, malnutrición, alimentos texturizados.

Abstract

Introduction: Dysphagia is a pathology at which the process and structures of normal swallowing are affected, hindering the normal nourishment of the patient. Elderly are especially vulnerable, which gets magnified taking account of the non-autonomous elderly patients who are in need of caretakers to complete their basic activities of daily life.

Objective: To carry out a health education program to ensure the knowledge of caretakers and improve nutritional values on dysphagia patients using texture-modified foods.

Methodology: It has been carried out a bibliographic search about texture-modified food and thickeners to elaborate a scientifically accurate and useful program.

Conclusions: The health program achieves to improve life quality on dysphagic patients, improve their nutrition and ensure the implication of the caretakers.

Keywords: Dysphagia, dependant, elderly, caretaker, malnourishment, texture-modified foods.

2. Introducción

La disfagia es una condición médica patológica que se caracteriza por la dificultad o incapacidad para tragar e ingerir tanto líquidos como sólidos, lo que conlleva un importante riesgo debido a la facilidad con la que puede ocurrir una broncoaspiración, que puede ocasionar una grave neumonía. (1)

La prevalencia de la disfagia es muy variable en dependencia a las poblaciones estudiadas, pero según artículos recientes, en Zaragoza, un 28,69% de la población anciana institucionalizada en residencias presenta disfagia orofaríngea. La sociedad española de rehabilitación y medicina física estima que unos dos millones de personas en España sufren disfagia, y que en hasta un 90% de los casos no está correctamente diagnosticado o tratado. (2,3)

Las causas de esta afección pueden ser múltiples: patologías isquémicas tales como el ictus, enfermedades degenerativas como la enfermedad de Párkinson o Alzheimer, secuelas de cánceres de boca o garganta, y demencias o sarcopenia secundaria al envejecimiento. (4-6) La deglución es un proceso complejo en el que participan gran número de estructuras, requiriendo una perfecta coordinación. Son varios los sistemas que pueden producir una disfagia, pero en el 80% de los casos ocurre en el área orofaríngea. Debido a los cambios fisiológicos que ocurren en el cuerpo con la edad, la funcionalidad de estas estructuras se ve disminuida en las personas ancianas incluso sin presentar otras patologías previas. (7)

Debido a esto y a la prevalencia de patologías degenerativas en la población anciana, la mayor parte de pacientes que presentan disfagia son personas de una edad avanzada. Teniendo esto en cuenta, es esencial un correcto manejo de la disfagia, ya que las personas mayores son especialmente susceptibles a complicaciones como broncoaspiración o a una ingesta inadecuada a sus necesidades, lo que explica que la gran

mayoría de pacientes con disfagia presenten desnutrición en algún grado. (1,8)

Esta desnutrición causa un descenso en el tono muscular, afectando también a los músculos masticadores y los encargados de la deglución, lo que lleva a una peor capacidad para tragar, creando un círculo vicioso. (9)

Dentro de este contexto, la forma más común de tratamiento de la disfagia es el uso de espesantes para líquidos, y el triturar la comida sólida para obtener un puré, variando la textura en base a las necesidades del paciente. Sin embargo, se ha demostrado que este enfoque y tratamiento conlleva unas tasas de adherencia al tratamiento muy bajas, lo que desemboca en pérdida de apetito para los pacientes, acabando en una posible desnutrición. (10)

Un incorrecto manejo de la disfagia también puede conllevar a una peor higiene bucal, empeorando la calidad de vida del paciente, y se ha demostrado que el uso de espesantes aumenta los restos residuales en la faringe al tragar, lo que aumenta la probabilidad de micro-aspiraciones y el consecuente riesgo de neumonía. (4,11)

En el enfoque multidisciplinar actual de la sanidad pública, sobre todo en la atención primaria, enfermería tiene un papel fundamental en el tratamiento de la disfagia, en el tratamiento agudo de complicaciones, así como en la formación al paciente sobre su enfermedad. (12)

Esta tarea es especialmente relevante debido a la gran desinformación que tiene la población general sobre la disfagia y su gran prevalencia, en particular sobre sus causas y sus formas más simples de tratamiento, de gran importancia de cara a los cuidadores principales de los pacientes necesitados. (13)

Los estudios concuerdan en la necesidad de personalizar el enfoque de las dietas modificadas de forma individualizada, tanto para satisfacer

las necesidades nutricionales del paciente, así como para garantizar la mayor tasa de adherencia posible a la dieta.(12) Para ello, es especialmente importante un diagnóstico adecuado y precoz del tipo de disfagia que presenta el paciente, debido a que en dependencia al tipo de disfagia presente, el paciente presentará más dificultades al deglutir sólidos o líquidos.(14,15) Hay estudios que no recomiendan el uso generalizado de espesantes para líquidos en adultos debido a la escasa evidencia sobre su beneficio en seguridad sobre el agua líquida, y se demuestra una clara disminución de la satisfacción del paciente y su calidad de vida.(11)

Para alcanzar estos objetivos, desde la industria farmacéutica hay disponible un gran abanico de productos para poder elaborar dietas con comida texturizada no solo apta para todo tipo de disfgias, si no también atendiendo a las formas más apetecibles para el paciente, (16,17) además de mantener toda la disponibilidad de micronutrientes presentes en los alimentos a pesar de su necesario grado de procesamiento. (18)

A pesar de la gran eficacia del uso de comidas texturizadas, para el correcto tratamiento y progresión de esta afección es indispensable la terapia y rehabilitación de la musculatura de la deglución, así como del aprendizaje de las maniobras ideales para evitar en la medida de lo posible el riesgo de complicaciones, todo ello impartido por los profesionales de logopedia. (19,20)

3. Justificación

En el proceso de atención a un paciente anciano por parte de un cuidador se generan multitud de incertidumbres. Estos dilemas pueden verse aún más exacerbados al instaurarse tanto de forma paulatina como repentina afecciones que alteran actividades diarias, como lo es la disfagia respecto a la alimentación.

Por esto mismo, enfermería cumple un rol vital en el proceso de formación de estos cuidadores, ya sea de forma temprana en las unidades hospitalarias, o de forma proactiva en atención primaria. Enfermería tiene la capacidad y el deber de ofrecer información y consejo a estas personas que sufren disfagia, por la gran relevancia que tiene para la persona la mala gestión de la afectación.

El personal enfermero debe participar en la formación de las personas responsables de cuidar de estas personas, dado la baja capacidad autónoma de los pacientes con disfagia.

Por todo ello, realizar un programa de autocuidados en atención primaria para orientar sobre las mejores formas de alimentar a una persona dependiente con disfagia y establecer una dieta completa, conseguirían no solo mejorar el estado físico del paciente, a la vez que reduce las complicaciones derivadas de la disfagia, si no también mejorar su calidad de vida, así como la del cuidador, al verse apoyado en todo momento por los equipos de salud de atención primaria y así evitar posibles riesgos que ocurrirían sin una formación adecuada.

4.Objetivos

General:

1-Elaborar un programa de salud desde atención primaria dirigido a mejorar la capacidad de los cuidadores de personas con disfagia para ofrecer una alimentación más nutritiva y segura a las personas dependientes a su cargo mediante el uso de alimentos texturizados

Específicos:

1-Aumentar el grado de implicación y realización personal por parte de los cuidadores al elaborar la dieta para las personas a su cargo

2-Reducir el riesgo de broncoaspiración como complicación más frecuente en pacientes ancianos con disfagia

3-Resaltar los beneficios de los alimentos texturizados sobre una dieta triturada

5.Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica con el objetivo de construir y ejecutar un programa de salud orientado a cuidadores de pacientes ancianos con disfagia acerca de su alimentación. Los recursos para obtenerlo se han obtenido de la base de datos PUBMED. La búsqueda se ha realizado en inglés para aumentar el alcance de la búsqueda. Se han utilizado diferentes combinaciones de las palabras clave "dysphagia", "elderly" y "texture modified foods". Para facilitar la obtención de los artículos, se ha utilizado el operador booleano AND, y para garantizar la relevancia de los mismos, se ha restringido la búsqueda a artículos de los últimos 5 años. Tras la realización de la búsqueda, se han leído los

títulos y resúmenes de los resultados, con el fin de descartar los artículos sin relación con el tema.

Los documentos restantes han sido leídos con mayor exhaustividad para elegir los que finalmente serían usados en el programa, resultando en la forma que se explica en esta tabla:

BASES DE DATOS	LIMITACIONES	PALABRAS CLAVE	ARTÍCULOS ENCONTRADOS	SELECCIONADOS
Pubmed	Últimos 5 años	"dysphagia" and "elderly" and texture modified foods	29	9
Pubmed	Últimos 5 años	"dysphagia" and "texture modified food"	25, 3 de ellos repetidos de otras búsquedas	5
Pubmed	Últimos 5 años	"dysphagia" and "elderly"	447	4
Pubmed	Últimos 5 años	"dysphagia" and "public awareness"	3	1

Para completar la realización de las sesiones se ha obtenido información de los protocolos y recomendaciones estandarizados por parte del SALUD para pacientes con disfagia, las estrategias y programas de salud del Gobierno de Aragón para la desnutrición, el tratado de geriatría para residentes de la sociedad española de geriatría y gerontología, y el manual "Disfagia orofaríngea: soluciones multidisciplinarias", creado por la Unidad Funcional de Disfagia Orofaríngea del Hospital Universitario Príncipe de Asturias.

6. Desarrollo del programa

6.1 Diagnósticos enfermería

Conocimientos deficientes r/c conocimiento insuficiente de los recursos m/p expresiones verbales de no conocer la enfermedad y / o el régimen terapéutico

NANDA:[00126] Conocimientos deficientes

NOC:[1806] Conocimiento: recursos sanitarios, [1802] Conocimiento: dieta prescrita

NIC:[5602] Enseñanza: proceso de la enfermedad, [5246]

Asesoramiento nutricional

Gestión ineficaz de la salud r/c complejidad del régimen terapéutico m/p fracaso al emprender acciones para reducir los factores de riesgo

NANDA:[00078] Gestión ineficaz de la salud

NOC:[1902] Control de riesgo, [1628] Conducta de mantenimiento de peso

NIC:[6610] Identificación de riesgos, [1260] Manejo del peso

Afrontamiento familiar comprometido r/c la persona de referencia carece de la información o ha agotado su capacidad de brindar soporte y apoyo m/p ayuda con resultados poco satisfactorios

NANDA:[00074] Afrontamiento familiar comprometido

NOC:[2205] Rendimiento del cuidador principal: cuidados directos, [1601] Conducta de cumplimiento

NIC:[7040] Apoyo al cuidador principal, [7400] Orientación en el sistema sanitario

6.2 Contexto social

La puesta en marcha de este programa tendrá lugar en el Centro de Salud La Almozara, aprovechando la herramienta que representan los centros de salud como parte integral de la Atención Primaria para

ofrecer un apoyo cercano y continuado a la población que reside en el barrio del que depende.

6.3 Población diana

El enfoque de este programa está orientado a los familiares y cuidadores, tanto profesionales como no, de personas mayores inválidas por sí mismas con una pérdida de autonomía establecida y un diagnóstico de disfagia. En este programa se excluirá a los familiares y/o cuidadores de familiares institucionalizados, ya que no son las personas sobre las que recae el cuidado diario de los pacientes que sufren la patología.

Para llevar a cabo la captación necesaria para la realización del programa, se utilizarán los recursos de los que dispone el centro de atención primaria, principalmente la consulta de enfermería, desde la que, por un lado, se informará a todos los pacientes que acudan a la consulta y pudieran estar interesados, y por otro lado una captación activa mediante llamada telefónica de los pacientes más vulnerables y que más se beneficiarían, utilizando las listas de demandas domiciliarias y personas dependientes de las que dispone el centro de salud. Para conseguir una difusión total, también se colocarán carteles informativos en los puntos más concurridos del barrio, como puede ser el centro de salud, parques, supermercados o iglesias. También se intentaría implementar en lugares de relevancia sanitaria como farmacias, y de gran tráfico de personas, como las paradas y marquesinas de los autobuses urbanos.

6.4 Recursos humanos y materiales

Para la implementación de este programa de salud serán necesarios una serie de recursos humanos y materiales, tales como: sala habilitada para agrupar a los participantes, sillas suficientes, un proyector y ordenador, carteles informativos para aumentar la captación, fotocopias de la información a distribuir en las sesiones, unidades de muestra de los diferentes espesantes alimenticios disponibles en el mercado, material para practicar la higiene dental y dos enfermeras especializadas, una en geriatría y otra familiar y comunitaria para dirigir las sesiones, así como un nutricionista.

6.5 Sesiones y cartas descriptivas

El programa consistirá en 4 sesiones, repartidas en una cada semana, que se realizarán durante el mes de mayo.

-Primera sesión: ¿Qué es la disfagia? Introducción y su importancia en la nutrición

Esta primera sesión se utilizará tanto como una introducción al programa, como para iniciarlo, con una explicación en general de la disfagia y en particular de su estrecha relación con la nutrición. (21,22)

En los primeros minutos se procederá a explicar la dinámica y fecha de las sesiones, y seguidamente se pedirá a los asistentes que rellenen dos cuestionarios, como forma de evaluación del programa. El primer cuestionario es una serie de preguntas de autoevaluación con el objetivo de evaluar los conocimientos de los asistentes sobre la disfagia, siendo una versión reducida de el test desarrollado por la Unidad Funcional de Disfagia Orofaríngea del Hospital Universitario Príncipe de Asturias (anexo 1), y después el cuestionario Eating Assessment Tool-10 (anexo 2), rellenándolo con la información cierta para la persona a su cuidado, buscando cuantificar cómo afecta la disfagia a los pacientes en la alimentación diaria.

Continuaremos la exposición haciendo un rápido resumen de qué es la disfagia, y una explicación más extensa sobre sus efectos sobre el estado nutricional de las personas que lo sufren. Se explicará las necesidades nutricionales del anciano, los obstáculos que representa la vejez y la disfagia para comer, y la necesidad de superarlos añadiendo el concepto de anciano frágil.

Se finalizará la sesión recalcando la necesidad de un diagnóstico y una evaluación de las necesidades metabólicas individualizado, ya que todo el éxito del tratamiento se basa en la fiabilidad de estos supuestos.

Carta descriptiva 1ª sesión

Duración	Objetivos de la sesión	Personal docente	Actividades didácticas	Recursos didácticos
2 horas, de 10:00 a 12:00	Introducir la importancia de la relación entre disfagia y nutrición en las personas encargadas de alimentar a los que la sufren	Dos enfermeras especializadas	Presentación del programa Definición de disfagia Explicar cómo la disfagia impide una correcta nutrición Introducción del concepto anciano frágil	Presentación proyectada para exponer las bases de la sesión Trípticos resumiendo los puntos claves de la sesión

-Segunda sesión: ¿Cómo comer de forma segura con la disfagia?
Consejos para facilitar el día a día

Esta segunda sesión se centrará en familiarizar a los participantes con los consejos generales para una alimentación segura en pacientes con disfagia.

Empezamos la sesión ofreciendo una serie de consejos globales válidos para todo tipo de disfgias.(22) Estos consistirán en recomendaciones como la necesidad de un ambiente tranquilo y la total atención y alerta por parte del paciente para comer, como consejos posturales, tales que estar correctamente sentados o con el cabecero de la cama suficientemente elevado, una correcta postura del cuello llevando la barbilla al pecho, evitar usar pajitas y mantener al paciente incorporado un mínimo de 30 minutos después de la ingesta.

Después se ofrecerán recomendaciones diferenciadas para la disfagia a líquidos o sólidos, abordando el uso correcto y personalizado de los espesantes, y estableciendo las bases de las diferentes texturas para abordar la disfagia a sólidos, a forma de introducción de la tercera sesión. (23)

Carta descriptiva 2ª sesión

Duración	Objetivos de la sesión	Personal docente	Actividades didácticas	Recursos didácticos
2 horas, de 10:00 a 12:00	Ofrecer unas guías para dar de comer de forma segura a los pacientes con disfagia y servir como introducción a la tercera sesión	Dos enfermeras especializadas	Recomendaciones para mejorar la postura al comer y del ambiente ideal para comer Explicación del correcto uso de espesantes e introducción a la comida texturizada	Presentación expuesta en el proyector Fotocopias de las recomendaciones para el paciente con disfagia disponibles en el programa OMI

-Tercera sesión: ¿Qué es la comida texturizada? Qué es y porqué es mucho más que un puré

En el tercer día de programa se tratará en intensidad los temas más relacionados con la preparación de la comida para hacerla segura para las personas con disfagia, como son los alimentos texturizados, las diferentes texturas que pueden presentar, y las recomendaciones nutricionales a tener siempre en cuenta al tratar con ancianos. Para ello, se contará con el apoyo de un nutricionista.

Se empezará por mostrar las tres viscosidades que se pueden obtener de los líquidos, néctar, miel y pudding, utilizando espesante comercial para ejemplificarlo. (24)

Seguidamente se explicarán las diferentes texturas que se pueden obtener en los sólidos: firme, picado fino, procesada, blanda, puré y pegajosa. Se explicarán cada una y se ejemplificarán con alimentos reconocibles.

Después se expondrán los problemas que la textura puré conlleva para alcanzar los requerimientos nutricionales, principalmente la pérdida

de apetito y satisfacción, mostrando el profesional nutricionista ejemplos de dietas y comidas útiles para evitarlos. (25)

Por último, presentaremos los diferentes espesantes comerciales, las formas de utilizarlos y una serie de ejemplos de recetas que permiten realizar.

Carta descriptiva 3ª sesión

Duración	Objetivos de la sesión	Personal docente	Actividades didácticas	Recursos didácticos
2 horas, de 10:00 a 12:00	Formar a los cuidadores en el uso de espesantes y sugerir posibles formas de variar la dieta con nuevos platos	Dos enfermeras especializadas Un nutricionista	Realización in-situ de diferentes viscosidades de líquidos Explicación de métodos de cocina con espesantes y texturizantes Exposición de recetas que incluyen estas técnicas	Fotocopias de guías de texturas Fotocopias de recetas hechas con texturizantes Fotocopias de dietas que incluyen comida texturizada

-Cuarta sesión: ¿Cómo mantener una buena higiene bucal? Todo lo que va más allá de lavarse los dientes

En esta última charla se hablará de la importancia que tiene una correcta higiene bucal, especialmente en los pacientes con disfagia, y cómo esto se debe a que son propensos a aspirar sus propias secreciones, por lo que una boca con una boca deficiente puede conllevar a una neumonía por aspiración. (22)

Se explicará las peculiaridades que presentan los pacientes ancianos, como la falta de piezas dentales, y las técnicas adecuadas para llevar una higiene bucal causando las menores molestias posibles. Se expondrá la forma adecuada de cepillar los dientes y la lengua, higienizar las prótesis dentales extraíbles, y como mantener una hidratación adecuada de la boca.

Para finalizar se pedirá a los asistentes que rellenen los mismos formularios que en la primera sesión, con el objetivo de cuantificar su avance en el conocimiento manejo de la disfagia.

Carta descriptiva 4ª sesión

Duración	Objetivos de la sesión	Personal docente	Actividades didácticas	Recursos didácticos
2 horas, de 10:00 a 12:00	Instruir en la realización de una correcta higiene bucal	Dos enfermeras especializadas	Exposición de los riesgos de una mala higiene y broncoaspiración Explicación con demostración en la maqueta de cómo cepillar adecuadamente los dientes	Muestras de cepillos de cerdas suaves Maquetas de dentaduras para ilustrar cómo cepillarse los dientes

6.6 Cronograma del programa

Mes	Febrero	Marzo	Abril	Mayo			
Semanas				1ª	2ª	3ª	4ª
Búsqueda bibliográfica							
Desarrollo programa							
Captación							
1ª sesión							
2ª sesión							
3ª sesión							
4ª sesión							

6.7 Presupuesto

Recursos materiales	Presupuesto
Aula donde realizarlo	Proporcionado por el centro de salud
Sillas	Proporcionado por el centro de salud
Mesas	Proporcionado por el centro de salud
Ordenador con proyector	Proporcionado por el centro de salud
Fotocopias	10€
Carteles informativos impresos a color	20€
Bote de espesante comercial	15€
Material de higiene dental	Proporcionado por el centro de salud + 3€
Total	48€

Recursos humanos	Presupuesto	
Dos enfermeras especializadas en geriatría y familiar y comunitaria	60€/hora	8h x 60 x 2 = 960€
Un nutricionista	60€/hora	2h x 60 = 120€
Total	1080€	

6.8 Evaluación

Para garantizar de forma objetiva la utilidad del programa, se le realizarán a los asistentes en la primera sesión y en la última los cuestionarios Eating Assessment Tool-10 y una versión reducida de el test de autoevaluación desarrollados por la Unidad Funcional de Disfagia Orofaríngea del Hospital Universitario Príncipe de Asturias. El primero tiene como objetivo ver el grado de disfagia de los pacientes y como de obstáculo supone en su día a día. En este caso los cuidadores lo rellenarán en nombre de la persona a la cuidan. El segundo está enfocado a cuantificar los conocimientos de las personas acerca de la disfagia en general, y a cómo reaccionar en caso de que ocurra algún imprevisto durante la alimentación.

7. Conclusiones

1- El programa de autocuidado para cuidadores de pacientes geriátricos no autónomos permitirá reducir la prevalencia de desnutrición e ingresos hospitalarios.

2- También reforzará el importante papel que cumplen los programas de salud como herramienta para ofrecer a la población un enfoque integral de su salud, igual que refuerza el papel enfermero en los programas comunitarios, al igual que en los ámbitos que abarcan la nutrición y alimentación de los pacientes.

3-Finalmente permitirá reforzar y acompañar a la figura del cuidador, para que se sienta acompañado y formado en todo momento por el sistema sanitario, en especial el equipo de atención primaria.

8. Bibliografía

1. Germain I, Dufresne T, Gray-Donald K. A novel dysphagia diet improves the nutrient intake of institutionalized elders. *J Am Diet Assoc* [Internet]. 2006;106(10):1614–23. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jada.2006.07.008>
2. J. Cruz Jentoft A, Mateos AM, García A, Moreno C. Situación de la disfagia orofaríngea en España. Desde el cribado al abordaje nutricional [Internet]. 2019. Disponible en: https://www.fundacionfundamed.org/doc/GrupoTrabajo_Situacion-disfagia-orofaringea-espana.pdf
3. Gabinete de prensa de SERMEF. Dos millones de personas en España tienen disfagia, que es la dificultad para tragar, alimentos sólidos, líquidos, pastillas e incluso la propia saliva [Internet]. <https://www.sermed.es/>. 2022. Disponible en: https://www.sermed.es/wp-content/uploads/2022/12/2022-11-07-NOTA_Dia-disfagia.pdf
4. Espinosa-Val MC, Martín-Martínez A, Graupera M, Arias O, Elvira A, Cabré M, et al. Prevalence, risk factors, and complications of oropharyngeal dysphagia in older patients with dementia. *Nutrients* [Internet]. 2020;12(3):863. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/nu12030863>
5. Wada M, Hanamoto A, Kawashima A. Elderly patients with lower-jaw mobility require careful food texture modification: A cohort study. *J Gen Fam Med* [Internet]. 2019;20(3):93–100. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/jgf2.240>
6. de Sire A, Ferrillo M, Lippi L, Agostini F, de Sire R, Ferrara PE, et al. Sarcopenic dysphagia, malnutrition, and oral frailty in elderly: A comprehensive review. *Nutrients* [Internet]. 2022;14(5):982. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/nu14050982>

7.Park S, Kim D-K, Park H, Yoon D, Byambaa S. Improvement of chewing and swallowing risks in community-dwelling older adults using texture-modified food. *Nutr Res Pract* [Internet]. 2022;16(3):354–65. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4162/nrp.2022.16.3.354>

8.Bomze L, Dehom S, Lao WP, Thompson J, Lee N, Cragoe A, et al. Comorbid dysphagia and malnutrition in elderly hospitalized patients. *Laryngoscope* [Internet]. 2021;131(11):2441–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/lary.29329>

9.Chen K-C, Jeng Y, Wu W-T, Wang T-G, Han D-S, Özçakar L, et al. Sarcopenic dysphagia: A narrative review from diagnosis to intervention. *Nutrients* [Internet]. 2021;13(11):4043. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/nu13114043>

10.Shimizu A, Fujishima I, Maeda K, Murotani K, Kayashita J, Ohno T, et al. Texture-Modified Diets are Associated with Poor Appetite in Older Adults who are Admitted to a Post-Acute Rehabilitation Hospital. *J Am Med Dir Assoc* [Internet]. 2021;22(9):1960–5. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2021.05.018>

11.Beck AM, Kjaersgaard A, Hansen T, Poulsen I. Systematic review and evidence based recommendations on texture modified foods and thickened liquids for adults (above 17 years) with oropharyngeal dysphagia - An updated clinical guideline. *Clin Nutr* [Internet]. 2018;37(6 Pt A):1980–91. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.clnu.2017.09.002>

12.de Luis DA, Aller R, Izaola O. Modified texture diet and useful in patients with nutritional risk. *Nutr Hosp* [Internet]. 2014;29(4):751–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3305/nh.2014.29.4.7003>

13.McHutchion LD, Pringle JM, Tran M-HN, Ostevik AV, Constantinescu G. A survey of public awareness of dysphagia. *Int J Speech Lang Pathol* [Internet]. 2021;23(6):614–21. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/17549507.2021.1912179>

14.Reyes-Torres CA, Castillo-Martínez L, Reyes-Guerrero R, Ramos-Vázquez AG, Zavala-Solares M, Cassis-Nosthas L, et al. Design and implementation of modified-texture diet in older adults with oropharyngeal dysphagia: a randomized controlled trial. *Eur J Clin Nutr* [Internet]. 2019;73(7):989–96. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1038/s41430-019-0389-x>

15.Hadde EK, Chen J. Texture and texture assessment of thickened fluids and texture-modified food for dysphagia management. *J Texture Stud* [Internet]. 2021;52(1):4–15. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/jtxs.12567>

16.Raheem D, Carrascosa C, Ramos F, Saraiva A, Raposo A. Texture-modified food for dysphagic patients: A comprehensive review. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021;18(10):5125. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph18105125>

17.Ibañez FC, Merino G, Marín-Arroyo MR, Beriain MJ. Instrumental and sensory techniques to characterize the texture of foods suitable for dysphagic people: A systematic review. *Compr Rev Food Sci Food Saf* [Internet]. 2022;21(3):2738–71. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/1541-4337.12957>

18.Rodd BG, Tas AA, Taylor KDA. Dysphagia, texture modification, the elderly and micronutrient deficiency: a review. *Crit Rev Food Sci Nutr* [Internet]. 2022;62(26):7354–69. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/10408398.2021.1913571>

19.Panebianco M, Marchese-Ragona R, Masiero S, Restivo DA. Dysphagia in neurological diseases: a literature review. *Neurol Sci* [Internet]. 2020;41(11):3067–73. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s10072-020-04495-2>

20.Eglseer D, Halfens RJG, Schols JMGA, Lohrmann C. Dysphagia in hospitalized older patients: Associated factors and nutritional interventions.

J Nutr Health Aging [Internet]. 2018;22(1):103–10. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.1007/s12603-017-0928-x>

21. Jiménez Rojas C, Corregidor Sánchez AI, Gutiérrez Bezón C. et al. Capítulo 53 Disfagia. En: TRATADO de GERIATRÍA para residentes. Príncipe de Vergara, 57-59, 1.o B 28006 Madrid: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG); 2006. p. 545/53.

22. Multidisciplinares S. DISFAGIA OROFARÍNGEA: [Internet]. Sociedadcentrorehabilitacion.com. [citado el 1 de mayo de 2023]. Disponible en: http://sociedadcentrorehabilitacion.com/wp-content/uploads/2020/05/190313_disfagia_interactivo.pdf

23. Cardiel MB, Lozano LS, París AS. PROCESO DE ATENCIÓN A LOS PACIENTES CON DESNUTRICIÓN EN ARAGÓN. Gobierno de Aragón. Dirección General de Asistencia Sanitaria; 2019.

24. Ruiz Brünner M, Cieri ME, Luciano S, Masala MM, Marco MPR, Urbisaglia M, et al. Atlas fotográfico de consistencias de alimentos para el tratamiento de personas con disfagia [Internet]. 2019 mar. Disponible en: https://rdu.unc.edu.ar/bitstream/handle/11086/11398/Atlas%20fotogr%C3%A1fico%20de%20consistencias%20final_compressed.pdf?sequence=1&isAllowed=y

25. Chen Y, Zong M, Li S, Tang L, Feng Y, Sun J. Nutritional diet plan for patients with dysphagia. Asia Pac J Clin Nutr [Internet]. 2021;30(2):238–44. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.6133/apjcn.202106_30\(2\).0008](http://dx.doi.org/10.6133/apjcn.202106_30(2).0008)

9. Anexos

Anexo 1: Preguntas autoevaluación Unidad Funcional de Disfagia Orofaringea de HUPA

PREGUNTAS DE AUTOEVALUACIÓN

1. La Disfagia es un síntoma que se define como la dificultad para la deglución; es decir, la dificultad para hacer llegar los alimentos o los líquidos desde la boca al estómago. Según las estructuras anatómicas implicadas, la clasificamos en orofaríngea (DOF) o esofágica (DE). Señale la afirmación correcta:

- a. En la DOF están afectadas las estructuras de la cavidad oral y la faringe.
- b. En la DE las estructuras afectadas son el esfínter esofágico superior, el esfínter esofágico inferior y el cuerpo esofágico.
- c. En la DOF las estructuras afectadas se sitúan en la cavidad oral, faringe, laringe y el esfínter esofágico superior.
- d. Ninguna de la anteriores es cierta.

2. La deglución es un proceso complejo en el que intervienen más de 30 músculos, distintas estructuras cerebrales y algunos pares craneales. Señale la afirmación incorrecta:

- a. Los pares craneales implicados en la fisiología de la deglución son el trigémino (V), facial (VII), glossofaríngeo (IX), vago o neumogástrico (X), espinal o accesorio (XI) e hipogloso (XII).
- b. Todos los pares craneales, del I al XII que inervan a más de 30 músculos actúan interviniendo simultáneamente para facilitar la deglución.
- c. La respuesta motora orofaríngea se desencadena en los pilares palatinos anteriores y la parte posterior de la lengua.
- d. La etapa esofágica se inicia con la relajación del esfínter esofágico cricofaríngeo.



3. La disfagia orofaríngea:

- a. Es una patología crónica que afecta a muchos pacientes con enfermedades neurodegenerativas y se caracteriza fundamentalmente por la tos.
- b. Es un síntoma que puede aparecer en la evolución de un grupo muy heterogéneo de enfermedades y que tiene un importante impacto sociosanitario.
- c. Afecta a la calidad de vida del individuo que la padece, alarga la estancia hospitalaria, aumenta la mortalidad y aumenta costes sociosanitarios.
- d. Son correctas las respuestas b y c.

4. Cuál de estos signos nos pueden hacer sospechar que el paciente puede tener una DOF:

- a. La tos siempre está presente excepto en los casos de disfagia silente.
- b. Babeo, voz húmeda, carraspeo.
- c. Infecciones respiratorias de repetición y cambios de hábitos alimentarios.
- d. Todas son correctas.

5. ¿Qué viscosidades debemos elaborar para realizar un método de cribado volumen-viscosidad a un paciente?

- a. Miel, néctar y líquido.
- b. Líquida, néctar y pudín.
- c. Líquida a distintos volúmenes.
- d. Pudín, miel y néctar.

6. ¿Cuál es el método de cribado más utilizado para detectar la disfagia orofaríngea al paciente con ictus?

- a. MEC V-V.
- b. FEES.
- c. Videofluoroscopia.
- d. Prueba del agua.

7. Marque la afirmación falsa dentro las siguientes:

- a. Los otorrinolaringólogos son los encargados del diagnóstico de la disfagia orofaríngea.
- b. Al realizar la videoendoscopia de la deglución no es importante valorar la cantidad y localización de las secreciones basales de los pacientes.
- c. Con la videoendoscopia de la deglución hacemos una valoración indirecta de la fase oral de los pacientes.
- d. Con la videoendoscopia hacemos una valoración directa de la fase faríngea de la deglución.

8. Marque la verdadera dentro de las siguientes afirmaciones:

- a. La videofluoroscopia no es considerada el *gold standard* para el diagnóstico de la disfagia orofaríngea.
- b. La videofluoroscopia obtiene datos indirectos de la fase faríngea de la deglución.
- c. La videofluoroscopia permite la observación del lado dominante de la deglución.
- d. La proyección anteroposterior en la videofluoroscopia no nos da ninguna información.

9. ¿Qué medida debería ser tomada para detectar de forma precoz la desnutrición en los pacientes con DOF?

- a. Valoración nutricional completa.
- b. Analítica completa con parámetros nutricionales.
- c. Cribado nutricional.
- d. Todas son correctas.

10. ¿A qué viscosidad pertenece esta definición? «Puede beberse en taza, con pajita y al decantarlo deja un flujo rápido».

- a. Viscosidad miel.
- b. Esta definición no pertenece a ninguna viscosidad.
- c. Viscosidad néctar.
- d. Todas son falsas.

11. ¿Qué es la reología?

- a. La ciencia que estudia los líquidos.
- b. El estudio de la deformación y fluir de la materia.
- c. Es la parte de la física que estudia la relación entre el esfuerzo y la deformación en los materiales que son capaces de fluir.
- d. b y c son correctas.

12. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es falsa?

- a. Los espesantes proporcionan seguridad en la deglución de los pacientes con DOF.
- b. Los espesantes elaborados a base gomas son más seguros reológicamente que los elaborados con almidón.
- c. Las gelatinas son productos recomendados para pacientes con DOF.
- d. Todas son falsas.

13. ¿Cuándo definimos una viscosidad como la que se parece a un yogur batido o un zumo de tomate, que puede beberse en vaso o con pajita, nos referimos a una viscosidad...?

- a. Viscosidad líquida.
- b. Viscosidad intermedia.
- c. Viscosidad néctar.
- d. Viscosidad miel.

14. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es verdadera?

- a. Los productos comerciales listos para su uso (RTU o *ready to use*) están diseñados para el soporte nutricional en diferentes etapas de la disfagia.
- b. En los pacientes con DOF hay que tener cuidado solo en la viscosidad de los líquidos.
- c. La dieta de todos los pacientes con DOF debe ser triturada y homogénea.
- d. Todas las respuestas son falsas.

15. ¿Cuál es la principal diferencia entre la restauración privada (hoteles y restaurantes) y la restauración hospitalaria?

- a. No hay ninguna, tienen los mismos objetivos.
- b. La finalidad principal de la restauración privada es la obtención de un beneficio económico, mientras que en la restauración hospitalaria, es obtener un beneficio social.
- c. La restauración hospitalaria busca un beneficio económico sin importar las necesidades de los pacientes.
- d. Todas son correctas.

16. ¿Cómo debe ser el control de los alérgenos en las diferentes fases de producción del alimento?

- a. El control de los alérgenos debe incluirse como un peligro más dentro de los sistemas de autocontrol y debe establecerse un protocolo de actuación que revise todas las fases.
- b. Debe haber un control solo en la fase inicial de la producción.
- c. Tan solo es necesario controlar la fase de emplatado de los alimentos, sin que sea necesario establecer un protocolo en las demás fases.
- d. La a y la b son correctas.

17. ¿Hay alguna alternativa para la adaptación de la comida en personas con dificultades de deglución además de la tradicional y comercial tipo puré?

- a. No, solo existe la alimentación adaptada tradicional y alimentación adaptada comercial tipo puré.
- b. Sí, existe la posibilidad de adaptar la alimentación de una manera más natural en la que se emplean diferentes texturas que se pueden homogeneizar.
- c. No es necesario porque los pacientes no lo necesitan.
- d. No se ha encontrado ninguna alternativa.

18. ¿Cuáles son las principales características de la dieta de fácil deglución?

- a. Requiere de una ligera masticación lengua-paladar.
- b. Se acompaña de salsas espesas tipo mayonesa.
- c. Admite moderadas variaciones de texturas que se puedan homogeneizar.
- d. Todas son correctas.

19. El tratamiento rehabilitador de la disfagia orofaríngea:

- a. Se dirige a todo paciente diagnosticado de disfagia orofaríngea.
- b. Está formado por un conjunto de técnicas educativas, compensadoras, ejercicios activos que pueden emplearse de forma aislada o combinada entre sí.
- c. Una vez prescrito debe mantenerse para siempre.
- d. Tiene como único objetivo evitar la aspiración.

20. La elección del tratamiento rehabilitador:

- a. Se hace exclusivamente en función de los hallazgos de las pruebas instrumentales.
- b. Se hace en función de la exploración clínica del paciente.
- c. Se hace en función del diagnóstico del proceso causante de la disfagia.
- d. Se hace en base a la historia clínica completa del paciente, los hallazgos en los estudios instrumentales y el entorno social, y el soporte de familiares o cuidadores.

21. Las unidades de disfagia son organizaciones sanitarias:

- a. Interdisciplinarias y multidisciplinarias.
- b. Pueden incluir un grupo heterogéneo de disciplinas médicas y quirúrgicas (ORL, endocrinología y nutrición, rehabilitación, digestivo, neurología o geriatría entre otras), enfermería especializada, logopedas, dietistas, cocineros.
- c. Con una misión y visión claramente definidas, y deben realizar funciones asistenciales, de formación e investigación, y de gestión.
- d. Todas son correctas.

22. ¿Cuál de los siguientes factores no facilita el éxito del funcionamiento de una unidad de DOF?

- a. Falta de implicación de la dirección del centro sanitario.
- b. Establecimiento de una política de calidad en el centro sanitario.
- c. Adecuación de recursos humanos y materiales.
- d. Establecer procedimientos para que exista una comunicación fluida entre los miembros de la unidad, así como con los profesionales del resto de las unidades asistenciales.

23. La unidad de disfagia debe disponer de:

- a. Cartera de prestaciones bien definida.
- b. Procedimientos normalizados de funcionamiento.
- c. Circuitos asistenciales establecidos.
- d. Todas las anteriores son correctas.

24. La regulación de las tecnologías digitales en nuestro país:

- a. Está en proceso de desarrollo. Por el momento la herramienta más recomendada podría ser la plataforma internacional Discern.
- b. La fundación iSYS es la única en la actualidad que permite evaluar contenidos en internet y de tecnologías sanitarias.
- c. Existe una red nacional de agencias evaluación de tecnologías sanitarias llamada redETS donde la AETSA (Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía) es un referente.
- d. Tenemos disponible en España uno de los primeros organismos creados para evaluar las tecnologías digitales en salud a nivel europeo.

Anexo 2: Eating asessment tool – 10

EAT-10: Despistaje de la Disfagia



APELLIDOS	NOMBRE	SEXO	EDAD	FECHA
-----------	--------	------	------	-------

OBJETIVO:

El EAT-10 le ayuda a conocer su dificultad para tragar.
Puede ser importante que hable con su médico sobre las opciones de tratamiento para sus síntomas.

A. INSTRUCCIONES:

Responda cada pregunta escribiendo en el recuadro el número de puntos.
¿Hasta que punto usted percibe los siguientes problemas?

- | | |
|---|---|
| <p>1 Mi problema para tragar me ha llevado a perder peso.</p> <p>0 = ningún problema
1
2
3
4 = es un problema serio</p> <input type="text"/> | <p>6 Tragar es doloroso.</p> <p>0 = ningún problema
1
2
3
4 = es un problema serio</p> <input type="text"/> |
| <p>2 Mi problema para tragar interfiere con mi capacidad para comer fuera de casa</p> <p>0 = ningún problema
1
2
3
4 = es un problema serio</p> <input type="text"/> | <p>7 El placer de comer se ve afectado por mi problema para tragar.</p> <p>0 = ningún problema
1
2
3
4 = es un problema serio</p> <input type="text"/> |
| <p>3 Tragar líquidos me supone un esfuerzo extra.</p> <p>0 = ningún problema
1
2
3
4 = es un problema serio</p> <input type="text"/> | <p>8 Cuando trago, la comida se pega en mi garganta.</p> <p>0 = ningún problema
1
2
3
4 = es un problema serio</p> <input type="text"/> |
| <p>4 Tragar sólidos me supone un esfuerzo extra.</p> <p>0 = ningún problema
1
2
3
4 = es un problema serio</p> <input type="text"/> | <p>9 Toso cuando como.</p> <p>0 = ningún problema
1
2
3
4 = es un problema serio</p> <input type="text"/> |
| <p>5 Tragar pastillas me supone un esfuerzo extra.</p> <p>0 = ningún problema
1
2
3
4 = es un problema serio</p> <input type="text"/> | <p>10 Tragar es estresante.</p> <p>0 = ningún problema
1
2
3
4 = es un problema serio</p> <input type="text"/> |

B. Puntuación:

Sume el número de puntos y escriba la puntuación total en los recuadros.
Puntuación total (máximo 40 puntos)