



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Programa de educación para la salud. Disfagia por sorpresa, una mirada integral.

Health Education Program.
Dysphagia by surprise, an integral view.

Autora:

Marta Castell Dionis

Director:

Antonio Hernández Torres

Escuela Universitaria de Enfermería. Teruel.

Curso académico 2022-2023

ÍNDICE

1. RESUMEN	2
2. ABSTRACT	3
3. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN	4
4. OBJETIVOS	8
4.1. Objetivo general	8
4.2. Objetivos específicos	8
5. METODOLOGÍA	9
6. DESARROLLO	16
6.1. Desarrollo de las sesiones	16
6.2. Resultados esperados	21
6.3. Discusión	21
7. CONCLUSIÓN	23
8. BIBLIOGRAFÍA	24
9. ANEXOS	28
ANEXOS 1. Difusión y presentación del programa.	28
ANEXOS 2. Contenido de las sesiones.	30
SESIÓN 1: Presentación del programa a los profesionales	30
SESIÓN 2: Conociendo la disfagia	34
SESIÓN 3: Ansiedad y disfagia	38
SESIÓN 4: Conociendo las texturas y volúmenes	40
SESIÓN 5: Técnicas para tragar mejor	44
SESIÓN 6: Mi vida con disfagia: herramientas	48
SESIÓN 7: Recetas con disfagia	51
ANEXOS 3. Materiales de las sesiones.	54

1. RESUMEN

Introducción: La disfagia es un trastorno que altera la capacidad de deglución. Hay diversas causas por las cuales un paciente puede desarrollar disfagia, pero las principales tienen un origen neurológico, como el accidente cerebrovascular (ACV). La prevalencia de la disfagia en pacientes con ACV puede llegar hasta el 70%, siendo un fuerte predictor de complicaciones graves como la neumonía por aspiración y la desnutrición. A nivel global, alrededor de 2,250,000 personas menores de 50 años sufren un ACV cada año, población de la que no existe tanta oferta de Programas de Educación para la Salud que aborden sus necesidades de manera integral.

Objetivo: Realizar un programa de educación para la salud en el paciente joven, entre 18 y 50 años, con disfagia orofaríngea tras un ACV y así mejorar los conocimientos y habilidades acerca de su trastorno deglutorio.

Metodología: El Programa de Educación para la Salud se llevará a cabo en la sala de docencia del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza, exceptuando una sesión que se realizará de manera telemática. Se basa en un total de siete sesiones formativas, la primera dirigida a las enfermeras del Área Ictus y las restantes a los pacientes, aportando una formación tanto teórica como práctica para asegurar el desarrollo de habilidades para la vida con disfagia.

Resultados: Se espera superar el estándar para los indicadores propuestos en cada sesión, mejorando así los conocimientos y destrezas de los pacientes jóvenes con disfagia.

Conclusión: El programa de Educación para la Salud planteado muestra un ejemplo de intervención integral de la disfagia en la población joven, abordando un trastorno que normalmente se considera geriátrico pero que supone un gran impacto en esta población.

Palabras clave: Adulto Joven, Calidad de Vida, Disfagia Orofaríngea, Ictus, Programa de Educación para la Salud.

2. ABSTRACT

Introduction: Dysphagia is a disorder that impairs the ability to swallow. There are various causes for which a patient may develop dysphagia, but the main ones have a neurological origin, such as a cerebrovascular accident (CVA). The prevalence of dysphagia in patients with a stroke can reach up to 70%, being a strong predictor of serious complications such as aspiration pneumonia and malnutrition. Globally, around 2,250,000 people under the age of 50 suffer a stroke each year, a population for which there are no Health Education Programs that comprehensively address their needs.

Objective: Design a health education program for young patients between 18 and 50 years old with oropharyngeal dysphagia after a stroke, in order to improve their knowledge and skills about their swallowing disorder.

Methodology: The Health Education Program will be conducted in the lecture hall of the Lozano Blesa University Clinical Hospital in Zaragoza, except for one session that will be held online. It consists of a total of seven training sessions, the first aimed at nurses in the Stroke Area and the remaining ones aimed at patients, providing both theoretical and practical training to ensure the development of lifelong skills for managing dysphagia.

Results: It is expected to exceed the proposed standards for each session's indicators, thus improving the knowledge and skills of young patients with dysphagia.

Conclusion: The proposed health education program serves as a comprehensive intervention example for oropharyngeal dysphagia in the younger population, addressing a disorder that is commonly associated with geriatric patients but which has a significant impact on this demographic.

Key words: Health Promotion, Oropharyngeal Dysphagia, Quality of Life, Stroke, Young Adult.

3. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

La disfagia es un trastorno o síntoma invalidante en el que la capacidad de deglución está alterada. Dicha dificultad para deglutir puede afectar a cualquiera de sus fases: oral, faríngea o esofágica [1,2,3](#). La disfagia orofaríngea (DO), hace referencia a la dificultad en el paso del bolo alimenticio, saliva u otros líquidos desde la cavidad oral al esófago [4](#).

Hay diversas causas por las cuales un paciente puede llegar a desarrollar disfagia, como:

- Lesiones estructurales, como por ejemplo el carcinoma orofaríngeo o laríngeo [5](#).
- Lesiones neuromusculares, que pueden ser tanto del sistema nervioso central como periférico, de la transmisión neuromuscular (como la miastenia gravis) o miopatías [5](#).
- Iatrogénicos o derivados de la medicación, como por ejemplo a causa de la radioterapia [6](#).
- Otra causa que se destaca en la actualidad es la disfagia postextubación, relacionada con la enfermedad por coronavirus (COVID-19), sobre todo en los pacientes que han requerido hospitalización [7](#).

Las principales causas de disfagia tienen un origen neurológico, como son: el accidente cerebrovascular (ACV) o ictus, el traumatismo craneoencefálico, la esclerosis múltiple, la enfermedad de Parkinson y las demencias [8](#). Dentro de estas enfermedades del sistema nervioso destaca el ACV por su estrecha relación con la disfagia [4](#).

El Hospital de Neurorehabilitación de la Universidad Autónoma de Barcelona coincide con la literatura científica en que la DO tiene una elevada prevalencia en pacientes que han sufrido un ACV [4,9,10](#). Esta va desde un 22% llegando incluso a un 70% dependiendo de los criterios utilizados para definirla, el tipo de ACV, el método de evaluación y el tiempo de evolución desde que ocurrió el ictus [4,11](#), resultando una prevalencia superior si se utiliza una evaluación instrumental (videofluoroscopia o nasofibrolaringoscopia) que si se utilizan técnicas de cribado o de evaluación clínica [12](#).

A pesar de esta variabilidad en el diagnóstico, la literatura científica actual demuestra que 1 de cada 5 pacientes presentan disfagia en el momento de ingreso por un ACV, de los cuales el 50% continuarán teniendo este trastorno deglutorio en el momento del alta hospitalaria. Estos datos nos los demuestra un estudio sistemático retrospectivo realizado en 2022 [9](#).

Además, la aparición de disfagia en estos pacientes que han sufrido un ACV es un fuerte predictor de complicaciones graves [4,13](#). Existe un estudio de cohorte realizado en 2021 por la Universidad de Medicina de San Paulo que confirma este hecho, afirmando que la disfagia estuvo presente en casi la mitad de los pacientes con accidente cerebrovascular aceptados en el estudio, y que dicha disfagia se asoció de forma independiente con la muerte o la dependencia funcional a los tres meses post-ictus [13](#). A esto se le añaden complicaciones nutricionales y respiratorias graves que también aparecen con mucha frecuencia, como la neumonía por aspiración y la desnutrición [11,12](#).

Con estos datos surge la reflexión sobre este trabajo, puesto que existe un porcentaje elevado de pacientes que ingresan en el hospital a causa de un ACV y que, a la hora de superar este episodio, cuando regresan a su domicilio, lo harán con disfagia. Esto hace que tengan que convivir con una situación desconocida y muy distinta de la que tenían antes de ingresar en el hospital, sobre todo teniendo en cuenta que nos vamos a fijar en el adulto joven, es decir, menor de 50 años.

Es cierto que los estudios realizados hasta ahora muestran una relación clara entre la prevalencia de la disfagia y la edad avanzada [6,14,15](#), presentándose normalmente como un síndrome geriátrico. Sin quitarle veracidad a este hecho, cabe destacar que hay una parte de la población que no es geriátrica y que puede sufrir un ACV, y a raíz de ello desarrollar un trastorno deglutorio. Es en esta población donde surge una necesidad de educación sobre la adaptación a la convivencia con la disfagia, que será muy distinta de los planes de atención sobre la disfagia en el anciano que estamos acostumbrados a ver.

A nivel global, alrededor de 15 millones de personas sufren un ictus cada año, de los que un 10-15% ocurre en menores de 50 años (ictus en el adulto joven) [16,17](#).

El ACV en esta población tampoco es infrecuente en Aragón. Existe un estudio retrospectivo realizado en 2019 por el Servicio Aragonés de Salud en el que se contabiliza un total de 786 pacientes con ACV isquémico en pacientes menores de 50 años que fueron ingresados en hospitales del SALUD de Aragón entre los años 2005 y 2015, de los cuales un 31% ingresaron en el Hospital Clínico Lozano Blesa, en Zaragoza ¹⁶. Situación que, como se ha comentado anteriormente, es una de las principales causas de disfagia orofaríngea.

Dada esta necesidad de educar a los pacientes una vez que se les da el alta hospitalaria, en el año 2016 en el Hospital Miguel Servet de Zaragoza se desarrolló una aplicación web llamada "Disfapp" ¹⁸. Una buena iniciativa para acercar el abordaje de la disfagia desde casa, de una manera más cómoda. El problema reside en que la web solo hace referencia a ejercicios y maniobras mediante unos vídeos, y el paciente con disfagia necesita más que eso. Los pacientes necesitan un acompañamiento desde el comienzo de la disfagia, donde se les explique qué les está pasando y qué herramientas pueden desarrollar para afrontarla, de una manera interdisciplinar e individualizada.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), "la educación en la salud consiste en lograr un nivel de conocimiento, habilidades personales y confianza para tomar medidas para mejorar la salud personal y comunitaria mediante el cambio de estilos de vida personales y condiciones de vida" ¹⁹. Esto nos muestra la importancia de apostar por la educación para la salud en la población, ya que es lo que realmente nos interesa a los profesionales en nuestro ámbito: dar las herramientas necesarias a los pacientes para que estos tomen las decisiones de manera crítica sobre su propia salud, asegurando unos cuidados íntegros y, en general, una experiencia lo menos traumática posible ante su enfermedad.

Desde enfermería es esencial entender que la persona con disfagia no solo tiene necesidades desde el punto de vista alimenticio, sino que a estas hay que sumarles la gran repercusión emocional y los cambios en el estilo de vida que el paciente se ve obligado a sufrir, sobre todo si esta aparece en edades en las que el individuo era totalmente independiente para las actividades de la vida diaria ³. Es natural que una persona que llevaba un estilo de vida sin ninguna limitación a nivel físico sienta más frustración y quiera seguir con ese ritmo en su día a día cuando salga

del hospital. Por ello es esencial un plan específico, teniendo en cuenta sus limitaciones que han surgido a raíz de la disfagia, pero sobre todo centrándonos en sus aptitudes individuales.

Hay que entender que la calidad de vida con disfagia está altamente alterada. Un estudio sistemático realizado en 2022 por la Universidad de San Malaysia concluye que: "la disfagia puede afectar de manera sustancial la calidad de vida en pacientes con ictus. Por lo tanto, los profesionales de la salud deben considerar la calidad de vida de los pacientes al evaluar y manejar la disfagia" [20](#). Esto acentúa la idea de que los profesionales sociosanitarios y en especial los profesionales de enfermería tienen un papel fundamental en este proceso, siendo necesaria la existencia de un plan de educación para la salud en el adulto joven que considere todos los problemas, nutricionales y no nutricionales, que surgen. De esta manera se podrá trabajar en conjunto con el paciente, de forma integral, logrando que la transición hacia su vida con disfagia sea lo menos traumática posible.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo general

- Realizar un programa de educación para la salud con pacientes entre 18 y 50 años con disfagia orofaríngea tras un ACV para mejorar los conocimientos y habilidades acerca de su trastorno deglutorio.

4.2. Objetivos específicos

- Conseguir una atención multidisciplinar en los pacientes con disfagia.
- Lograr que los pacientes se sientan más acompañados en su patología mediante el contacto con otras personas que se encuentran en su misma situación.
- Dar a conocer a los pacientes con disfagia la comorbilidad que existe en estos casos con enfermedades mentales como la ansiedad o la depresión.
- Conocer y llevar a cabo las técnicas para deglutir de una manera más eficiente y segura.
- Dar a conocer a las personas con disfagia qué utensilios o herramientas les pueden ayudar a llevar una vida con más comodidad.
- Saber cómo actuar ante un atragantamiento en el paciente con disfagia.
- Conocer y realizar recetas adaptadas para pacientes con disfagia, permitiendo a los pacientes disfrutar más en el proceso de preparación de las comidas.

5. METODOLOGÍA

Con el objetivo de lograr una recopilación de información con la mayor calidad científica se llevó a cabo la siguiente búsqueda bibliográfica (Tabla 1):

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	
Descriptor: Ciencias de la Salud (DeCS). Operadores booleanos: "AND" y "OR". Filtros: Publicaciones en los últimos 5 años, idioma en español o inglés, texto completo. Solo he seleccionado los artículos cuyo título tenga que ver con mi tema y aquellos que se encuentran en las 3 primeras páginas de resultados de búsqueda.	
BASES DE DATOS	ARTÍCULOS UTILIZADOS
<ul style="list-style-type: none"> PubMed 	11 (2) (4) (6) (10) (11) (13) (14) (15) (16) (20) (21)
<ul style="list-style-type: none"> Embase 	2 (9) (30)
<ul style="list-style-type: none"> Scielo 	3 (7) (8) (12)
METABUSCADORES	
<ul style="list-style-type: none"> Google Académico 	7 (1) (3) (5) (17) (27) (33)
PÁGINAS WEB	
<ul style="list-style-type: none"> Organización Mundial de la Salud (OMS): https://www.who.int/es Heraldo de Aragón: https://www.heraldo.es/ Coordinadora de asociaciones de personas con discapacidad (CADIS Huesca): https://cadishuesca.es/ Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria: https://semergen.es/ Nestlé Heath Science: https://www.nestlehealthscience.es/ Gobierno de Aragón: https://www.aragon.es/ 	

Tabla 1: elaboración propia.

RESUMEN BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA			
Base de datos: PubMed			
Combinaciones empleadas	Artículos obtenidos	Artículos leídos	Artículos usados
(Dysphagia) AND (Malnutrition) AND (Stroke)	92	12	2
(Dysphagia) AND (Dependence) AND (Stroke)	69	5	1
(Oropharyngeal dysphagia) AND (Prevalence) AND (Stroke)	143	7	3
(Oropharyngeal dysphagia) AND (Stroke) AND (Quality of life)	70	4	1
(Frequency) AND (Oropharyngeal dysphagia) AND (Older adult OR Elderly)	1,123	24	2
(Prevalence) AND (Dysphagia) AND (Stroke) AND (Europe)	17	3	1
(Prevalence) AND (Stroke) AND (Aragon)	37	13	1

Tabla 2: elaboración propia.

Este programa de educación para la salud será planteado como programa piloto en pacientes entre 18 y 50 años que hayan sido diagnosticados con disfagia tras haber sufrido un ACV. La metodología que se utilizará como programa de educación para la salud es la pedagogía activa, con un nivel de intervención educativa grupal.

Lugar de las sesiones

Todas las sesiones se realizarán en la sala de docencia del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (HCLB) de Zaragoza, en la planta sexta, exceptuando

la sesión número 7 “Recetas con disfagia” que se hará de forma online, con cada paciente en su propia casa.

Para la reserva de dicha sala se llamará al teléfono de la Unidad Docente de dicho hospital, ya que son los encargados de la reserva de aulas para formaciones.

Una vez realizado el programa se medirán los resultados y según estos, el programa se podrá presentar para su posible implantación a otros Hospitales.

Captación de los pacientes

La captación de los pacientes se hará mediante las enfermeras del Área Ictus del mismo hospital. Cuando el médico responsable da el alta a un paciente del Área Ictus, este pasará a estar en una fase subaguda y se traslada a una unidad de hospitalización. Este proceso terminará con el alta definitiva del paciente y su traslado al domicilio. El momento de traslado a la unidad de hospitalización ofrecerá a las enfermeras especialistas en la materia una oportunidad para informar al paciente sobre este Plan de Educación para la Salud cuando el paciente aún se encuentra en la parte aguda del proceso, pudiendo realizar así un acompañamiento desde el principio. El objetivo es seleccionar aquellos pacientes que necesiten una continuidad de cuidados por problemas de deglución.

Se les dará a los pacientes un tríptico con la información necesaria sobre las sesiones ([ANEXO 1.1](#)) y, además, al tratarse de gente hábil con las redes sociales se les comunicará la existencia de la cuenta de Instagram “@disfaprende” donde encontrarán información sobre las sesiones de este programa y la disfagia para poder tener una educación continuada ([ANEXO 1.2](#)).

Según el Plan de Atención del Ictus en Aragón ²³, durante la estancia del paciente en el Área Ictus se ha realizado un MECV-V (Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad). Por tanto, las enfermeras ya serán conocedoras si tiene disfagia. La aparición de disfagia en esta prueba será el primer y principal criterio de inclusión para el programa, en conjunto con:

- Edad entre 18 y 50 años.
- Compromiso de acudir a las sesiones: tener firmado [ANEXO 1.3](#).
- Escala de Barthel ≥ 40 : dependencia moderada, leve o independiente.

- Escala de Rankin ≤ 3 : incapacidad moderada, leve o sin síntomas tras el ACV.
- Escala de Pfeiffer: sin deterioro cognitivo (0-3 fallos sin estudios previos o 0-1 fallos con estudios superiores).

Los criterios de exclusión serán los siguientes:

- Cuando exista una gran discapacidad (física o mental) previa al ictus que no permita beneficiarse del programa.
- Coincidencia del ictus con enfermedad en fase terminal.

Características del grupo de pacientes

Para llevar a cabo las sesiones se necesitan grupos pequeños, de entre 8 y 10 personas, para lograr una educación de calidad y poder prestarle atención especializada a cada integrante. Según un estudio realizado en todos los hospitales del SALUD de Aragón [16](#), entre 2005 y 2015 ingresaron un total de 240 pacientes entre 18 y 50 años por un ACV en el HCLB. Esto nos podría dar una previsión de unos 24 pacientes al año. En el caso de que captemos un número mayor o menor de pacientes el programa se adaptaría, dividiendo el grupo en partes iguales o llevándolo a cabo directamente con un número menor (no menos de 3 personas).

Características del programa

El programa consiste en 7 sesiones, con parte teórica y práctica: "Presentación del programa a los profesionales", "Qué tienes que saber sobre la disfagia", "Disfagia y ansiedad", "Conociendo las texturas", "Técnicas para tragar mejor", "Mi vida con disfagia: herramientas" y "Recetas con disfagia". La primera sesión estará dirigida a las enfermeras del Área ictus y las 6 restantes son sesiones grupales que irán dirigidas a los pacientes.

El tiempo máximo de las sesiones es de una hora para evitar la fatiga y promoviendo así la máxima participación de los pacientes en ellas. El material necesario en cada sesión se explicita en el apartado "[Desarrollo](#)".

Este programa de Educación para la Salud es multidisciplinar, poniendo en contacto a los pacientes con diferentes profesionales de la salud para que puedan

sacar el mayor rendimiento a su educación sobre la disfagia. Estos son: un responsable de enfermería, un logopeda, un psicólogo, un fisioterapeuta y un terapeuta ocupacional.

Cronograma

El programa se llevará a cabo entre los meses de octubre de 2023 a enero de 2024. Para evitar periodos vacacionales, se ha elegido el día 9 de octubre para presentar la propuesta a la unidad docente del Hospital Clínico y la petición de la reserva de la sala, dejando las semanas restantes de octubre libres por si hiciera falta cualquier trámite.

El 6 de noviembre se realizará la sesión para la captación de profesionales. Desde ese mismo día las enfermeras podrán empezar a captar a los pacientes y se dejará un periodo de dos semanas para el comienzo de las sesiones con los mismos. Cabe destacar que dicho comienzo puede desplazarse en el tiempo si no se cumple el número deseado de participantes (>3).

El proceso de captación queda abierto mientras las propias sesiones se van realizando, de esta manera los pacientes se pueden ir incorporando a las sesiones conforme ellos puedan o deseen, pero será obligatorio que atiendan a todas las restantes que queden una vez que se apunten.

Este programa será cíclico y una vez que finalice el día 8 de enero podrá volver a comenzar desde la sesión 1, si se considera necesaria otra sesión para las enfermeras, o directamente desde la sesión 2 (la primera dedicada a los pacientes). Cronograma de Gantt (Tabla 3):

	Oct	Nov			Dic			Ene	
Días	9	6	20	27	4	11	18	8	15
Actividades:									
Propuesta a unidad docente HCLB									
Sesión 1 (dedicada a enfermeras)									
Comienzo captación pacientes									
Fin captación pacientes									
Sesión 2									
Sesión 3									
Sesión 4									
Sesión 5									
Sesión 6									
Sesión 7									
Evaluación sesión 1									
Evaluación sesión 2									
Evaluación sesión 3									
Evaluación sesión 4									
Evaluación sesión 5									
Evaluación sesión 6									
Evaluación sesión 7									
Evaluación general y planteamiento de nuevo ciclo de sesiones									

Tabla 3: elaboración propia.

Captación de las enfermeras

Tendrá lugar en el HCLB mediante una sesión específica para ellas. Las enfermeras del Área Ictus son un eslabón fundamental, puesto que se encargarán del diagnóstico y, por tanto, de la captación de los pacientes con disfagia para este programa.

Esta sesión la impartirá la enfermera responsable. También será la encargada de hablar con la enfermera supervisora del Área Ictus para que comunique la existencia de dicha sesión mediante las vías que se considere más oportunas: de manera presencial, a través de grupos de WhatsApp y/o por correo electrónico.

Para poder evaluar los resultados del programa se utilizarán los siguientes indicadores de evaluación:

INDICADOR	MEDICIÓN	ESTÁNDAR
(Nº de enfermeras que responden correctamente ambos casos clínicos / Nº total de enfermeras que acuden a la sesión) x 100.	Post intervención (sesión 1)	95%
(Nº de pacientes que contestan correctamente todas las preguntas del cuestionario / Nº total de pacientes que han asistido a la sesión) x 100.	Post intervención (sesión 2)	90%
(Nº de pacientes que conocen los problemas psicológicos que se asocian a la disfagia / Nº total de pacientes que han asistido a la sesión) x 100.	Post intervención (sesión 3)	90%
(Nº de pacientes que consiguen realizar las tres texturas durante el taller / Nº total de pacientes que han asistido a la sesión) x 100.	Post intervención (sesión 4)	90%
(Nº de pacientes que realizan la tabla de ejercicios bucolinguofaciales dos semanas después de la sesión 5 / Nº total de pacientes que han asistido a la sesión 5) x 100.	Post intervención (2 semanas después de la sesión 5)	80%
(Nº de pacientes que mandan foto con los materiales correctos para comer fuera de casa / Nº total de pacientes que han asistido a la sesión) x 100.	Post intervención (después de la sesión 6)	90%
(Nº de pacientes que siguen correctamente el algoritmo de qué hacer en caso de atragantamiento / Nº total de pacientes que han asistido a la sesión) x 100.	Post intervención (sesión 6)	90%
(Nº de recetas "Espaguetis carbonara" realizadas correctamente / Nº total de pacientes que han asistido a la sesión) x 100.	Post intervención (sesión 7)	80%

6. DESARROLLO

6.1. Desarrollo de las sesiones

SESIÓN 1: PRESENTACIÓN DEL PROGRAMA A LOS PROFESIONALES

SESIÓN 1: PRESENTACIÓN DEL PROGRAMA A LOS PROFESIONALES	
Objetivos	Dar a conocer a las enfermeras la existencia de este Programa de Educación para la Salud, promover su participación para la captación de pacientes y dar formación sobre el correcto procedimiento del test MECV-V.
Contenido	(ANEXO 2.1)
Método	<p>Técnica expositiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se exponen los objetivos y la información necesaria sobre el programa de educación para la salud, así como el correcto diagnóstico de la disfagia mediante los métodos de evaluación clínica que realiza enfermería. <p>Técnica de desarrollo de habilidades:</p> <p>Se proyectan dos vídeos de pacientes realizando el test MECV-V, en los que cada enfermera tendrá que valorar si es positivo o negativo.</p>
Material	Ordenador, proyector, presentación (en ANEXO 2.1) con escala EAT-10 para proyectar (ANEXO 3.1), test MECV-V (ANEXO 3.2), proceso de diagnóstico de la disfagia (ANEXO 3.3).

SESIÓN 2: QUÉ TIENES QUE SABER SOBRE LA DISFAGIA

SESIÓN 2: QUÉ TIENES QUE SABER SOBRE LA DISFAGIA	
Objetivos	Presentar el programa a los pacientes y dar las primeras nociones sobre qué es y lo que supone tener disfagia.
Contenido	(ANEXO 2.2)
Método	<p>Técnica de contacto y caldeamiento grupal:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Autopresentación: se presentará cada participante del grupo diciendo su nombre y una cualidad suya.

	<ul style="list-style-type: none"> - Temores y expectativas: una vez se haya hecho la primera ronda se hará una segunda para que cada persona diga lo que espera de este programa y sus preocupaciones acerca de la disfagia. <p>Técnica expositiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exposición teórica: se llevará a cabo una exposición sobre los fundamentos de la disfagia y unas primeras recomendaciones para garantizar la seguridad de los pacientes durante las comidas. <p>Cuestionario pre-post exposición:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Al principio de la sesión se dará a cada participante del grupo un cuestionario sobre preguntas básicas de la disfagia y lo realizarán con sus conocimientos previos. - Una vez expuesta la teoría se les dará unos minutos para que ellos mismos lo corrijan individualmente y después se comunicarán las respuestas correctas.
Material	Ordenador, proyector, presentación (en ANEXO 2.2), cuestionarios y lápices.

SESIÓN 3: ANSIEDAD Y DISFAGIA

SESIÓN 3: ANSIEDAD Y DISFAGIA	
Objetivos	Poner en contacto a los pacientes con un psicólogo, dar herramientas para afrontar los problemas psicológicos relacionados con la disfagia y conocer la comunidad de la disfagia y el ictus.
Contenido	(ANEXO 2.3)
Método	<p>Técnica de caldeamiento grupal:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presentación de la sesión, de los nuevos miembros (si los hay) y del psicólogo/a. <p>Técnica de investigación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lluvia de ideas ante un caso práctico que se expone en la sesión.

	Técnica expositiva: Realizada por el psicólogo/a, en la que expone técnicas para hacer frente a un ataque de ansiedad, cuáles son los problemas psicológicos asociados a la disfagia y la importancia de contar con ayuda psicológica y de tener una comunidad para compartir experiencias.
Material	Ordenador, proyector, pizarra, tiza y texto para leer (ANEXO 3.2).

SESIÓN 4: CONOCIENDO LAS TEXTURAS

SESIÓN 4: CONOCIENDO LAS TEXTURAS	
Objetivos	Conocer los tipos de textura que existen en el abordaje de la disfagia, además de trabajar en primera mano con los espesantes para poder conseguirlos.
Contenido	(ANEXO 2.4)
Método	Técnica de caldeamiento grupal: <ul style="list-style-type: none"> - Presentación de la sesión, de los nuevos miembros (si los hay). - Pre-tarea: los miembros del grupo se juntarán por parejas o tríos para resumir lo de la sesión anterior. Técnica expositiva: <ul style="list-style-type: none"> - Exposición teórica: se llevará a cabo una exposición teórica sobre las diferentes texturas existentes en el abordaje de la disfagia y sobre el uso de los espesantes. Técnica de desarrollo de habilidades: Para asentar los conocimientos sobre esta sesión los pacientes se pondrán en parejas para experimentar con el espesante y el agua. El objetivo será que cada paciente consiga espesar el agua en tres texturas diferentes (néctar, miel y pudding).
Material	Ordenador, proyector, presentación (en ANEXO 2.4), espesante "Resource. Espesante Clear" de Nestlé Health

	Science, tres vasos de plástico por persona, una botella de agua de 1 litro por pareja (se puede utilizar agua del grifo), un tenedor de plástico por pareja y servilletas.
--	---

SESIÓN 5: TÉCNICAS PARA TRAGAR MEJOR

SESIÓN 5: TÉCNICAS PARA TRAGAR MEJOR	
Objetivos	Proporcionar información a los pacientes sobre diferentes técnicas y ejercicios para facilitar el proceso de deglución, además de individualizar un plan de ejercicios bucales para cada paciente.
Contenido	(ANEXO 2.5)
Método	<p>Técnica de caldeamiento grupal:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presentación de la sesión, de los nuevos miembros (si los hay) y de los nuevos profesionales. - Pre-tarea: los miembros del grupo se juntarán por parejas o tríos para resumir lo de la sesión anterior. <p>Técnica expositiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exposición teórica: se llevará a cabo una exposición teórica sobre las técnicas de facilitación para la deglución y de los diferentes ejercicios bucolinguofaciales que existen. <p>Técnica de desarrollo de habilidades: esta técnica se da en dos momentos distintos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mientras se realiza la exposición teórica los pacientes deberán imitar/practicar las maniobras que se les muestra y que se les están explicando. - Cuando termina la exposición teórica y repasan con la enfermera los ejercicios bucolinguofaciales.
Material	Ordenador, proyector, presentación (en ANEXO 2.5), tabla de ejercicios bucolinguofaciales, bolígrafos, bateas (en caso de que alguien no se pueda levantar al baño a escupir), servilletas.

	Proporcionado por cada paciente de casa: cepillo eléctrico, pasta de dientes y colutorio sin alcohol.
--	---

SESIÓN 6: MI VIDA CON DISFAGIA: HERRAMIENTAS

SESIÓN 6: MI VIDA CON DISFAGIA: HERRAMIENTAS	
Objetivos	Proporcionar información a los pacientes sobre qué herramientas les serían útiles a la hora de comer fuera de casa, además de saber qué hacer ante un atragantamiento.
Contenido	(ANEXO 2.6)
Método	<p>Técnica de investigación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los pacientes realizan una lluvia de ideas sobre qué creen que debe llevar alguien con disfagia en la mochila para comer fuera de casa. <p>Técnica expositiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> - En la primera parte, la enfermera explicará qué materiales serían útiles y cuáles no y por qué. - En la segunda parte, la enfermera enseñará qué hay que hacer en caso de atragantamiento. <p>Técnica de desarrollo de habilidades:</p> <p>Role-playing sobre qué hacer en caso de atragantamiento, lo realizan los pacientes en parejas.</p>
Material	Ordenador, proyector, mochila, caja de cartón grande, pizarra, tiza, textos recortados en un papel (ANEXO 3.5), materiales correctos e incorrectos (especificados en ANEXO 2.6) y algoritmo de actuación para proyectar (ANEXO 3.6).

SESIÓN 7: RECETAS CON DISFAGIA

SESIÓN 7: RECETAS CON DISFAGIA	
Objetivos	Realizar una receta utilizando diferentes herramientas para texturizar alimentos y presentarlos de manera atractiva, además de darles información básica sobre la preparación de estos.

Contenido	(ANEXO 2.7)
Método	<p>Técnica expositiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se les da información a los pacientes sobre los alimentos texturizados y su procedimiento de elaboración en recetas. <p>Técnica de desarrollo de habilidades:</p> <p>Realizar la receta “Espaguetis carbonara”.</p>
Material	Se necesitarán los materiales de cocina e ingredientes especificados en ANEXO 2.7 . Además de un dispositivo propio de cada paciente para poder conectarse a la sesión.

6.2. Resultados esperados

La monitorización de los indicadores propuestos en la metodología del programa permitirá obtener unos resultados objetivos sobre la eficacia del programa en los pacientes.

Se espera que se pueda superar el estándar propuesto para cada uno de los indicadores, es decir, conseguir una correcta educación en todos los aspectos de la disfagia a esta población, dándoles las herramientas necesarias de manera individualizada para sean lo más independientes posibles.

6.3. Discusión

Mediante la revisión bibliográfica se ha podido comprobar que el abordaje de la disfagia, relacionada tanto con el ictus como con otras patologías, se suele realizar desde el punto de vista de la geriatría por su elevada prevalencia en esta población.

Es cierto que las guías de práctica clínica dedicadas al paciente con disfagia, como la realizada por SEMERGEN (Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria) ²⁴, son necesarias y muy válidas para el paciente geriátrico ya que miran al paciente en su totalidad y cubriendo todas sus necesidades. Existen varios puntos que son de interés y que pueden valer para pacientes jóvenes, pero la gran mayoría de las necesidades cambian de una generación a otra. Aspectos que

pueden ser fundamentales para una persona de 40 años, como ser independiente para cocinar sus propias recetas adaptadas para personas con disfagia, puede que no lo sea para una persona de 85 años ya que tiene un cuidador/a que lo realiza por ella. Por ello es necesario este programa de educación para la salud, ya que tiene la misma visión multidisciplinar pero dedicada a una población que, aunque tiene la misma patología, tiene otras necesidades asociadas distintas.

Equiparando nuestro programa con la aplicación “Disfapp” [18](#) desarrollada por el Hospital Miguel Servet de Zaragoza podemos resaltar que esta se centra en el tratamiento de la disfagia mediante los ejercicios y maniobras compensatorias recomendados. En nuestro programa de educación para la salud no solo se proporcionan esas herramientas, sino que además se dan nociones básicas sobre la disfagia, su impacto en la salud mental y las herramientas necesarias para poder convivir con ella y hacerle frente.

Si contrastamos este programa de educación para la salud con otros ya existentes relacionados con el mismo tema, como por ejemplo con “Disfagia post-ictus: guía rápida para tu día a día” [33](#), podemos observar grandes diferencias. Teniendo en cuenta que dicha guía tiene contenidos teóricos muy similares a el presente programa, estos tienen distinto impacto en el paciente que los recibe. No cabe duda de que el paciente con disfagia se beneficia de la información aportada por la guía, pero este necesita además un acompañamiento por parte de los profesionales de la salud y de otros pacientes que están pasando por el mismo proceso.

Mediante el desarrollo de sesiones presenciales esta necesidad de compañía se ve suplida, disminuyendo la ansiedad y la incertidumbre que crea el abordaje de la disfagia. Durante los talleres, la enfermera crea una relación profesional con cada paciente, individualizando los cuidados y proporcionando herramientas para que estos se desenvuelvan en su día a día. No se le da importancia únicamente a proporcionar información, sino a que esta sea útil y productiva para cada paciente.

En cuanto a las limitaciones del presente programa se contempla la elección de la población diana. Al ser un enfoque sobre la disfagia más novedoso, ya que no está dirigido a población geriátrica, la literatura científica es más limitada y no existen

guías de práctica clínica de referencia para actividades especialmente dirigidas a esta población. Además, un sesgo existente es la manera de captar a los pacientes, ya que depende en gran medida de las enfermeras de la planta del Área Ictus. Este se intenta paliar mediante el desarrollo de una sesión específica hacia ellas, pero puede ocurrir que algunas de ellas no sean colaboradoras.

7. CONCLUSIÓN

Este programa de educación para la salud muestra un enfoque integral en el abordaje del adulto joven con disfagia, educando tanto a los pacientes como a las enfermeras que los captan.

Las sesiones dirigidas a los pacientes no solo se centran en el tratamiento físico, sino también en el mental, en la comprensión de su patología y de sus complicaciones, el desarrollo de habilidades culinarias específicas para la disfagia y en la obtención de herramientas para afrontarla. Mediante su aplicación se crea un ambiente de cooperación y acompañamiento, ya que se realiza de una manera multidisciplinar y presencial.

En consecuencia, se conseguirá una educación para la salud de calidad y dirigida a la principal necesidad de este tipo de pacientes: la adquisición de estrategias que les permita ser más autónomos en su día a día con disfagia.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Jiménez KL, Ochoa RM, Ávila GM, León HL. Tratamientos de la disfagia orofaríngea (DOF/DO). Revista Científica de Investigación actualización del mundo de las Ciencias [revista en Internet]. 2019 [consultado el 10 de enero de 2023]; 3(3): [693-708]. Disponible en: <http://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/297>
2. Peñalba A, Lecha M, Sansano A, Prats R, Gomes A, Bascuñana H, et al. Differences in the quality of life of patients with oropharyngeal dysphagia according to the place of residence: impact on food selection and type of diet. Nutr Hosp [revista en Internet]. 2022 [consultado el 10 de enero de 2023]; 39(1): 46-52. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34894712/>
3. Resultados de la aplicación de un protocolo multidisciplinar de diagnóstico y tratamiento de la disfagia orofaríngea en el Hospital Universitari Vall d'Hebron. Universitat Autònoma de Barcelona; 2019. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=275056>
4. Terré R. Disfagia orofaríngea en el ictus aspectos diagnósticos y terapéuticos. Rev Neurol [revista en Internet]. 2020 [consultado el 10 de enero de 2023]; 70(12): 444-452. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32500523/>
5. Guzmán MJ, Dulbecco M. Abordaje del paciente con disfagia. Acta Gastroenterológica Latinoamericana [revista en Internet]. 2020 [consultado el 15 de enero de 2023]; 50(3). Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=199367448002>
6. Calles-Sánchez F, Pardal-Refoyo JL. Prevalencia de la disfagia orofaríngea en pacientes adultos. Revisión sistemática y metanálisis. Revista ORL [revista en Internet]. 2022 [consultado el 17 de enero de 2023]. Disponible en: <https://doi.org/10.14201/orl.29490>
7. Fernández L, Cabrera N, Fernández D, Olcese L. Disfagia en tiempos de COVID-19. Rev. Otorrinolaringol [revista en Internet]. 2020 [consultado el 9 de enero de 2023]; 80: 385-394. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48162020000300385#:~:text=Los%20pacientes%20con%20COVID%2D19%20pueden%20presentar%20disfagia%20por%20distintos,pacientes%20hospitalizados%20con%20COVID%2D19.

8. Suárez Escudero JC, Rueda Vallejo ZV, Orozco AF. Disfagia y neurología: ¿una unión indefectible? Acta Neurológica Colombiana [revista en internet]. 2018 [consultado el 12 de enero de 2023]; 34(1): 92-100. Disponible en: <https://doi.org/10.22379/24224022184>
9. D'Netto P, Rumbach A, Dunn K, Finch E. Clinical Predictors of Dysphagia Recovery After Stroke: A Systematic Review. Springer Link [Internet]. 2022 [consultado el 10 de enero de 2023]; 38: 1-22. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00455-022-10443-3>
10. De Cock E, Batens K, Hemelsoet D, Boon P, Oostra K, de Herdt V. Dysphagia, dysarthria and aphasia following a first acute ischaemic stroke: incidence and associated factors. Eur J Neurol [revista en Internet]. 2020 [consultado el 2 de febrero de 2023]; 27(10): 2014-21. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/ene.14385>
11. Fernández Martínez P, Barajas Galindo DE, Arés Luque A, Rodríguez Sánchez E, Ballesteros-Pomar MD. Repercusiones clínicas de la disfagia y desnutrición en paciente con ictus. Endocrinol Diabetes Nutr [revista en Internet]. 2018 [consultado el 13 de febrero de 2023]; 65(10): 625-6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30049500/>
12. Suárez Quesada A, Aliaga AÁ, Quesada Vázquez A. Factores de riesgo para la neumonía asociada al ictus isquémico agudo. Medisur [revista en internet]. 2018 [consultado el 13 de febrero de 2023]; 16(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1727-897X2018000400009&lng=es&nrm=iso
13. Pacheco-Castilho AC, Miranda RPC, Norberto AMQ, Favoretto DB, Rimoli BP, Alves LB de M, et al. Dysphagia is a strong predictor of death and functional dependence at three months post-stroke. Arq Neuropsiquiatr [revista en Internet]. 2022 [consultado el 10 de enero de 2023]; 80(5):462-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0004-282X-ANP-2021-0127>
14. Xavier JS, Gois ACB, de Carvalho Palhano Travassos L, Pernambuco L. Oropharyngeal dysphagia frequency in older adults living in nursing homes: An integrative review. Cotas [revista en Internet]. 2021 [consultado el 13 de febrero de 2023]; 33(3):1-12. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34161439/>
15. Vena AB, Cabré X, Piñol R, Molina J, Purroy F. Evaluación de la incidencia y tendencia de la enfermedad cerebrovascular en la región sanitaria de Lleida

- (España) en el periodo 2010-2014. Neurología [revista en Internet]. 2022 [consultado el 20 de febrero de 2023]; 37(8):631-8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31952889/>
16. Tejada Meza H, Roy JA, Lázaro CP, Cardiel MB, Alberti González O, Juste CT, et al. Epidemiology and characteristics of ischaemic stroke in young adults in Aragon. Neurología [revista en Internet]. 2022 [consultado el 12 de enero de 2023]; 37: 434-440. Disponible en: <https://10.1016/j.nrleng.2019.05.009>
17. Soto Á, Guillén-Grima F, Morales G, Muñoz S, Aguinaga-Ontoso I, Fuentes-Aspe R. Prevalencia e incidencia de ictus en Europa: revisión sistemática y metaanálisis. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. Gobierno de Navarra [revista en Internet]. 2022 [consultado el 7 de febrero de 2023]; 45 (1). Disponible en: <https://doi.org/10.23938/ASSN.0979>
18. Disfapp web [Internet]. Disponible en: <https://disfapp.es/>
19. Improving health literacy [Internet]. Who.int. [citado el 1 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/activities/improving-health-literacy>
20. Al Rjoob M, Hassan NFHN, Aziz MAA, Zakaria MN, Mustafar MFBM. Quality of life in stroke patients with dysphagia: a systematic review. Tunis Med [Internet]. 2022 [citado el 9 de marzo de 2023]; 100(10):664–9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36571750/>
21. Fang W-J, Zheng F, Zhang L-Z, Wang W-H, Yu C-C, Shao J, et al. Research progress of clinical intervention and nursing for patients with post-stroke dysphagia. Neurol Sci [Internet]. 2022; 43(10):5875–84. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s10072-022-06191-9>
22. Aragon.es. [citado el 14 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.aragon.es/documents/20127/674325/Programa_Ictus_actualizacion2019.pdf/f164a068-544a-0248-af0d-ca2a2f7c5624
23. Huesca C. Guía de identificación, diagnóstico, tratamiento nutricional y adaptación de la textura de los alimentos [Internet]. Aspacehuesca.org. [citado el 23 de abril de 2023]. Disponible en: https://aspacehuesca.org/wp-content/uploads/Gu%C3%ADa-Disfagia-CADIS-Huesca_web.pdf
24. Manejo de la disfagia en AP. GUÍA DE DISFAGIA [Internet]. Semergen.es. [citado el 15 de abril de 2023]. Disponible en: <https://semergen.es/files/docs/grupos/digestivo/manejo-disfagia-ap.pdf>
25. Guía para el manejo de la disfagia. Pautas para personas con problemas de deglución [Internet]. 2019. [citado el 16 de abril de 2023]. Disponible en:

<https://xn--daocerebral-2db.es/wp-content/uploads/2014/01/gu%C3%8Da-para-el-manejo-de-la-disfagia.pdf>

26. Cantón A, Charte M, Guillán M, Mafé MC, Padín S, Pueyo C, et al. Guía de nutrición. Abordaje multidisciplinar en la nutrición en el ictus. Nestlé. ISBN: 978-84-88116-84-0.
27. Labari MEP, Paula López Company, Juan JL, Muñoz SA, Rodríguez TF. ¿Cómo modificar la textura de los alimentos? FMC - Formación Médica Continuada Atención Primaria [Internet]. 2020 [citado el 18 de abril de 2023];27(2):96–105. Disponible en: <https://www.fmc.es/es-pdf-S1134207219302324>
28. Resource® Espesante Clear [Internet]. Nestlehealthscience.es. [citado el 18 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.nestlehealthscience.es/marcas/resource-modulos-espesantes/resource-espesante-clear>
29. Marco y descriptores de la IDDSI. Iddsi.org. 2019 [citado el 22 de abril de 2023]. Disponible en: https://iddsi.org/IDDSI/media/images/Translations/IDDSI_Framework_Descriptors_V2_LA_SPANISH_FINAL_July2020.pdf
30. Ayudas técnicas para facilitar la alimentación de las personas discapacitadas [Internet]. Elsevier.es. [citado el 19 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-pdf-13136835>
31. Soporte vital básico y manejo del desfibrilador semiautomático en el adulto. 061. Aragon.es. [citado el 20 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.aragon.es/documents/20127/674325/Manual%20MA060201%20SVB_%20Manejo%20desfibrilador%20semiautomatico.pdf/f6b74f9d-b4d2-61cb-3e43-b9f7de5c7171
32. Comer diferente comer bien. Recetas seguras para chuparse los dedos. Recetario Texturizados [Internet]. Huescamasinclusiva.org. [citado el 23 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.huescamasinclusiva.org/areas-de-trabajo/participacion-social/gastronomia-inclusiva/recetario-texturizados>
33. Del Olmo B. Disfagia post-ictus. Guía rápida para tu día a día. Uva.es. [citado el 25 de abril de 2023]. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/17733/TFG-H444.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

9. ANEXOS

ANEXOS 1. DIFUSIÓN Y PRESENTACIÓN DEL PROGRAMA.

ANEXO 1.1. TRÍPTICO INFORMATIVO PARA PACIENTES

NUESTRA LOCALIZACIÓN

ZARAGOZA

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.

Sala de docencia: sexta planta.





CONTÁCTANOS

 @disfaprende

 +34-630-687-106

 cd.marta2000@gmail.com

DISFAGIA POR SORPRESA



SESIONES DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD CERCA DE TI

Sabemos que está siendo un proceso difícil. Da miedo volver a casa y reajustar tu vida en torno a la disfagia. Por ello un grupo de profesionales hemos llevado a cabo este proyecto.



FECHAS

Qué tienes que saber sobre la disfagia	20 nov
Disfagia y ansiedad	27 nov
Conociendo las texturas	4 dic
Técnicas para tragar mejor	11 dic
Mi vida con disfagia: herramientas	18 dic
Recetas con disfagia	8 ene

¡APÚNTATE!

PERIODO DE INSCRIPCIÓN:

DEL 6 DE NOVIEMBRE AL 11 DE DICIEMBRE DE 2023



SOBRE NOSOTROS

Somos un grupo de distintos profesionales para darte la mejor formación:

- Enfermera responsable.
- Logopeda.
- Psicólogo.
- Fisioterapeuta.
- Terapeuta ocupacional.

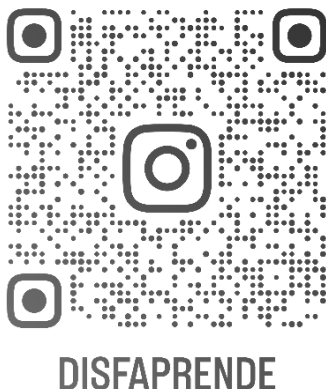


APRENDERÁS A...

- Desarrollar habilidades para tu día a día con disfagia.
- Actuar en caso de atragantamiento.
- Vivir con menos ansiedad y con más independencia.

Fuente: elaboración propia.

ANEXO 1.2. CUENTA DE INSTAGRAM



Fuente: elaboración propia.

ANEXO 1.3. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN DE LOS
PACIENTES EN EL PROGRAMA

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL PROGRAMA DE
EDUCACIÓN PARA LA SALUD: "DISFAGIA POR SORPRESA, UNA MIRADA
INTEGRAL".**

Estimado/a _____ (Nombre y apellido)

Usted ha sido invitado a participar en el programa de educación sobre la disfagia en el adulto joven que va a realizarse en el Hospital Clínico Lozano Blesa, a cargo de la enfermera responsable _____.

El propósito de este programa es proporcionarle tanto conocimientos como herramientas que puedan facilitarle su vida con disfagia y prevenir y actuar ante las complicaciones asociadas a ella.

Si acepta participar en el programa, se le solicitará acudir y colaborar en todas las sesiones grupales restantes planificadas.

Ante cualquier duda comuníquese con _____ con teléfono
_____.

Yo, _____ (Nombre y apellido), he leído la hoja de información y acepto las condiciones que se me han ofrecido. He recibido suficiente información a cargo de _____ y he podido realizar preguntas.

Acepto voluntariamente participar en el programa "Disfagia por sorpresa, una mirada integral".

Fecha: _____

Firma: _____

Fuente: elaboración propia.

ANEXOS 2. CONTENIDO DE LAS SESIONES.

<p><i>ANEXO 2.1. SESIÓN 1: PRESENTACIÓN DEL PROGRAMA A LOS PROFESIONALES</i></p>
--

Esta sesión irá dirigida a las enfermeras del Área Ictus del HCLB. La impartirá la enfermera responsable del programa.

Primera parte → presentación del programa: 10'

Informaremos a las enfermeras sobre:

- Objetivos del Programa de Educación para la Salud.
- Número y nombre de las sesiones con una breve introducción.
- Objetivo de las sesiones: qué es lo que queremos que aprendan y pongan en práctica los pacientes.

Segunda parte → importancia de diagnóstico de disfagia: 30'

El diagnóstico precoz de la disfagia es fundamental para identificar las alteraciones de la seguridad de la vía aérea (riesgo de aspiración) como de la eficacia de la deglución (que afectan a la desnutrición y la deshidratación) de los pacientes. De esta manera se pueden introducir medidas protectoras lo antes posible y evitar dichas complicaciones.

Según la revisión bibliográfica:

- La DO tiene una elevada prevalencia en pacientes que han sufrido un ACV: de un 22% a un 70%.
- Gran variabilidad de diagnóstico: depende de los criterios utilizados para definirla, el tipo de ACV, el método de evaluación y el tiempo de evolución desde que ocurrió el ictus.

Métodos de evaluación:

- Instrumental: videofluoroscopia y nasofibrolaringoscopia.
- Técnicas de cribado o evaluación clínica: las más utilizadas son el Eating Assessment Tool-10 (EAT-10) y el Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad (MECV-V).

La prevalencia de diagnóstico de DO aumenta cuando se utilizan métodos instrumentales. Esto nos muestra que debemos, como enfermeras, mejorar el cribado de la disfagia mediante las escalas. Es enfermería la que se encarga de realizarlas y la que está al lado de los pacientes para poder observar cualquier signo o síntoma de disfagia. Por tanto, es importante tener claros estos conceptos y saber llevarlos a cabo.

Explicación EAT-10:

- Test de valoración muy utilizado, posee un alto nivel de detección.
- Se trata de una escala muy sencilla de rellenar, de puntuación directa y que consta de 10 preguntas.
- Permite evaluar de forma sistemática si el paciente presenta síntomas clínicos de disfagia.
- Se puede utilizar para detectar la disfagia al inicio y para monitorizar la evolución del paciente y la respuesta al tratamiento.
- El paciente debe responder a cada pregunta de forma subjetiva en una escala de 4 puntos (0-4), en la que 0 indica la ausencia de problemas y 4 considera que se trata de un problema muy serio.
- Permite la detección de disfagia con una puntuación ≥ 3 y tiene la capacidad para predecir el riesgo de aspiración a partir de >15 puntos.
- Escala: ([ANEXO 3.1](#)).

Explicación MECV-V:

- Actualmente método de referencia pues se encuentra validado y es considerado seguro.
- Método sencillo y seguro que detecta los principales signos clínicos que indican la existencia de un trastorno de la deglución.
- Los signos de alteración de eficacia que detecta el MECV-V son:
 - Inadecuado sellado labial y expulsión del bolo.
 - Existencia de residuos orales (sobre y bajo la lengua y en las encías) al acabar la deglución.
 - Deglución fraccionada.
 - Sensación de residuos en la garganta ante la presencia de partículas del bolo en la faringe.
- Los signos de alteración de la seguridad que detecta el MECV-V son:
 - Tos.
 - Cambio de voz.
 - Desaturación de oxígeno.
- Consiste en dar al paciente una pequeña cantidad de alimento en distintas consistencias (pudin, néctar, líquido), aumentando progresivamente el volumen (5, 10 y 20 ml) y observando la seguridad de la deglución en las distintas condiciones.
- Durante el proceso se monitoriza la saturación de oxígeno. Si disminuye, es signo de aspiración.
- Proceso: ([ANEXO 3.2](#)).

Explicación del proceso general de diagnóstico de la disfagia ([ANEXO 3.3](#)).

Tercera parte → puesta en práctica con casos clínicos: 20'

En esta parte de la sesión se proyectarán dos vídeos. Cuando se haya terminado cada uno se les preguntará si creen que el test MECV-V es positivo o negativo. Debatirán y se les dará la respuesta argumentada.

Se preguntará también qué cambiarían en cada caso en la forma en la que se realiza el test.

- **Vídeo nº1:** <https://www.youtube.com/watch?v=N7K3sD7fmTw> (poner hasta 2' 50'') → test MECV-V negativo. Aspectos para cambiar sobre cómo se realiza el test:

- Explicar a la paciente la maniobra de flexión de cabeza para deglutir de manera más segura (en el vídeo se ve que lo hace con la cabeza muy extendida).
- Se le pregunta muy rápido, dejar más tiempo para que trague bien y después preguntarle.
- No solo preguntar si le queda algo en la boca, sino comprobarlo también. Pedirle si puede abrir la boca para enseñarlo.
- No preguntar si "está bueno", esto puede llevar a error sobre el objetivo de la prueba. Solo preguntarle por la dificultad/dolor que puede surgir al tragar.
- Cuando pasa a la textura líquida y gesticula con la cara hay que preguntarle si lo hace por dolor o molestia.
- No deja mucho tiempo entre una toma y otra.
- **Vídeo nº2:** <https://www.youtube.com/watch?v=2lOsz0RSQdQ> (poner desde 3' 11" hasta 8' 45") → test MECV-V positivo por:
 - Deglución fraccionada.
 - Residuo faríngeo.
 - Aspectos para cambiar: nada, se realiza correctamente.

QR presentación sesión 1:



Fuente de la presentación: elaboración propia (realizado con Canva).

Fuente: referencias bibliográficas [3](#), [4](#), [9](#), [10](#), [11](#), [12](#), [23](#).

<i>ANEXO 2.2. SESIÓN 2: CONOCIENDO LA DISFAGIA</i>
--

Primera parte: 20' aproximadamente.

- Presentación de la enfermera responsable y del programa. 1'
- Técnica de caldeamiento grupal. 10'
- Se le repartirá a cada integrante del grupo un cuestionario de preguntas sobre información básica sobre la disfagia. Se les dará para que lo rellenen con sus conocimientos previos y al final de la sesión se corregirá ([ANEXO 3.4](#)). 10'

Segunda parte (exposición): 20'

Qué es la disfagia: la disfagia es un término médico que hace referencia a la dificultad para tragar tanto los alimentos como los líquidos y la saliva desde la boca hasta el estómago.

¿Cuántas veces tragamos? Es importante tener en cuenta que no solo tragamos cuando comemos o bebemos. El ser humano al día produce entre 1 y 2 litros de saliva al día, realizando entre 600 y 2000 degluciones espontáneas al día. Como conclusión, de manera fisiológica realizamos aproximadamente una deglución de saliva por minuto.

Comer no es un proceso fácil. Etapas: el proceso de comer para la mayoría de las personas no requiere ningún esfuerzo. Sin embargo, se trata de un proceso muy complejo. Para entender mejor las dificultades en la deglución es útil conocerlo. Consta de 4 etapas:

- Etapa preparatoria oral: momento en el que introducimos el alimento en la boca, lo mezclamos y desmenuzamos con la saliva formando una masa llamada "bolo alimenticio". Necesitamos una buena coordinación de la lengua, los labios, las mejillas y la mandíbula.
- Etapa oral: es voluntaria. La lengua recoge el bolo alimenticio, lo empuja contra el paladar y lo lanza hacia la laringe.
- Etapa faríngea: es involuntaria. Esta es la fase más delicada. El reflejo de la deglución lanza el alimento a la laringe. Para no atragantarnos, tendrán que funcionar bien tres mecanismos:

- El cierre de la glotis.
- La elevación de la laringe y del hueso hioides,
- El reflejo de la tos, que ayuda a expulsar cualquier partícula de las vías respiratorias. Los líquidos en esta fase son problemáticos ya que discurren a una mayor velocidad.
- Etapa esofágica: es involuntaria. El bolo alimenticio se mueve por contracciones (movimientos peristálticos) desde el final de la laringe hasta llegar al estómago.

Si alguna parte de esta secuencia falla, el bolo alimenticio no progresará adecuadamente, manifestándose como disfagia.

Vídeo: https://www.youtube.com/watch?v=N17xvi4_nTY (poner hasta 2' 35").

El vídeo se reproducirá sin sonido mientras se está explicando la teoría para que sea más visual.

Tipos: dependiendo de qué fase se vea afectada el tipo de disfagia será distinto.

Nos podemos encontrar con:

- Disfagia orofaríngea: dificultad en pasar el bolo alimenticio de la boca al esófago.
- Disfagia esofágica: dificultad en pasar el bolo alimenticio desde el esófago hasta el estómago.

La disfagia orofaríngea es la que nos encontraremos al haber sufrido un ACV, afectando a más del 30% de los pacientes.

La disfagia relacionada con el ictus: la disfagia se puede encontrar como resultado de una enfermedad genética, de una anomalía en las estructuras orales/esofágicas, como complicación de una intervención quirúrgica, de la radioterapia o por lesiones neurológicas como el ictus.

- Prevalencia: el ictus es la primera causa de disfagia, los estudios muestran que entre el 22% y el 70% de los pacientes que sufren un ictus la tienen.
- La variabilidad en este porcentaje es grande porque el diagnóstico de la disfagia es muy diverso, va desde técnicas más específicas como la videofluoroscopia hasta test clínicos que realiza enfermería como el MECV-V.

Síntomas: los síntomas de la disfagia orofaríngea están causados por una obstrucción por mala elaboración del bolo en la cavidad oral, debilidad de la contracción faríngea, alteraciones en la coordinación entre la contracción faríngea y la relajación del EES, o su apertura inadecuada. Se acompaña de:

- Tos.
- Regurgitación nasofaríngea.
- Excesiva producción de saliva o, por lo contrario, ausencia de ella (boca seca).
- Deglución fraccionada.
- Problemas para hablar (debido a fallo en la musculatura de la boca).

Complicaciones asociadas:

- Desnutrición: la disfagia tiene un efecto directo sobre el estado de nutrición del individuo. Esta aparece no solo por la dificultad de tragar alimentos sino también por el miedo que aparece en los pacientes a hacerlo, ya que se sienten inseguros. El estado de desnutrición empeora el pronóstico de la enfermedad y hace que empeore la funcionalidad del individuo, ya que aparecerá la pérdida de masa corporal. Por ello es necesaria una valoración del estado nutricional de forma periódica.
- Deshidratación: esta aparece ante la dificultad de deglutir líquidos. La pérdida de agua corporal tiene consecuencias clínicas graves. Un ejemplo es la boca seca, ante este síntoma el riesgo de aspiración y de infección bacteriana aumenta porque se disminuye el aclaramiento y la limpieza orofaríngea. Además, la deshidratación puede conducir a episodios de confusión mental, fatiga o astenia.
- Paso de alimento/líquidos al sistema respiratorio: hasta el 50% de los pacientes con enfermedades neurológicas presentan aspiración de alimento en el sistema respiratorio, lo cual supone un riesgo de neumonía por broncoaspiración. Esto se puede prevenir utilizando técnicas seguras de deglución y sabiendo cómo actuar rápidamente en caso de que ocurra.
- Mayor dependencia, aislamiento social y mayor carga de cuidados: el momento de comer y el miedo a atragantarse genera angustia en los pacientes, por lo que poco a poco comienzan a evitar participar en la mesa con familia y amigos.

¿Tiene tratamiento? Sí, se realiza es una rehabilitación multidisciplinar individualizada y un abordaje de la causa principal que la ha provocado. Los principales objetivos en el tratamiento de los pacientes con disfagia van orientados a conseguir una deglución eficaz y segura, lo que implica:

- Lograr mantener la máxima funcionalidad de la deglución y conservar un estado adecuado de hidratación y nutrición.
- Reducir las complicaciones asociadas, especialmente las respiratorias por su elevada morbilidad.
- Valorar las necesidades y formas más adecuadas de suplementación nutricional.
- Valorar si es necesaria una vía de nutrición no oral.

Dependiendo de la causa de la disfagia se pueden utilizar fármacos o cirugía para evitar progresión de esta, pero el principal pilar del tratamiento siempre será la rehabilitación.

Primeras nociones de seguridad (consejos):

- El entorno donde se come no debe tener distracciones o ruidos fuertes para facilitar que la atención se centre en el proceso de la alimentación. Es decir, evitar usar el móvil, televisión, tablet, etc mientras se come.
- No utilizar nunca jeringas ni pajitas para alimentarse, solo se utilizarán cucharas, preferiblemente pequeñas (de postre): las cucharas permiten observar la deglución y la presión en la lengua estimula el reflejo deglutorio.
- La posición a la hora de comer debe ser lo más incorporada posible, con la espalda recta y la cabeza ligeramente inclinada hacia delante.
- Comprobar siempre que has tragado antes de la siguiente cucharada.
- Si aparece tos mientras comes, no continúes y espera a recuperarte.
- Las raciones deben ser pequeñas, con más tomas repartidas a lo largo del día (el tiempo de deglución aumenta de 2 a 4 veces) y que no excedan los 45 minutos.
- Evitar alimentos pegajosos y que se dispersen mucho por la boca como las galletas.
- Mantener una buena higiene bucal: realizar cepillado dental y hacer enjuagues con agua o colutorios.
- Si notas que los labios se resecan, hidratarlos con vaselina.

(5-10' de descanso)

Tercera parte: 10'

- Corrección del cuestionario de manera individual. 2'
- Puesta en común de las respuestas correctas. 3'
- Preguntas y aclaraciones que necesiten los pacientes. 5'

QR presentación sesión 2:



Fuente de la presentación: elaboración propia (realizado con Canva).

Fuente: referencias bibliográficas [3](#), [5](#), [15](#), [24](#), [25](#).

ANEXO 2.3. SESIÓN 3: ANSIEDAD Y DISFAGIA

Primera parte: 10' aproximadamente

- ACLARACIÓN: para esta sesión se necesitará la colaboración de un psicólogo/a.
- Caldeamiento grupal: presentación de la sesión, de los nuevos miembros (si los hay) y de los nuevos profesionales. 1'
- Pre-tarea: los miembros del grupo se juntarán por parejas o tríos para resumir lo de la sesión anterior. 5-10'

Segunda parte: combatir la ansiedad (en conjunto con psicólogo/a). 50'

- Un voluntario lee el siguiente texto: "*Daniel, con 43 años, ha sufrido un ictus hace 10 días y a raíz de ello ha desarrollado disfagia. Cada vez que se sienta para comer con su familia siente miedo por atragantarse, no le gusta el aspecto de la comida triturada y siempre desea poder estar*

comiendo lo mismo que los demás en la mesa. ¿Qué estrategias se le pueden dar para superar ese momento?" (ANEXO 3.5) 1'

- Los pacientes realizarán una lluvia de ideas, con el psicólogo/a como mediador. 10'
- Una vez escritas todas las ideas en la pizarra, se hablará de cada una de ellas. El profesional dará estrategias sobre cómo sobrellevar esos momentos y la importancia de tener siempre ayuda psicológica profesional. Guión (opcional, el profesional puede poner/quitar lo que considere): 30'
 - Qué hacer ante un ataque de ansiedad.
 - Problemas psicológicos asociados a la disfagia: depresión, ansiedad, miedo a comer y beber.
 - Importancia de contar con ayuda psicológica en personas con disfagia.
 - Importancia de tener una comunidad con el mismo problema para poder compartir experiencias.

Para finalizar, la enfermera comentará la existencia de: 5'

- Grupos de acompañamiento a pacientes relacionados con la disfagia y el ictus:
 - AIDA (Asociación de Ictus de Aragón).
 - Asociación de Anticoagulados de Aragón (ASANAR).
 - Disminuidos Físicos de Aragón.
 - Asociación de Traumatismo Encéfalo Craneal y Daño Cerebral (ATECEA).
 - Coordinadora de Asociaciones de Personas con Discapacidad en Huesca (CADIS Huesca).
 - Unidad de Rehabilitación Neurológica ICTIA.
 - Federación Española del ictus.
- Cuenta de Instagram propia para seguir toda la formación sobre la disfagia: @disfaprende.
- Posibilidad de hacer un grupo de WhatsApp con los pacientes para estar en contacto y poder lanzar dudas y experiencias relacionadas con la disfagia.

<i>ANEXO 2.4. SESIÓN 4: CONOCIENDO LAS TEXTURAS Y VOLÚMENES</i>

Primera parte: 10' aproximadamente

- ACLARACIÓN: para esta sesión se necesitará la colaboración de un logopeda y/o un terapeuta ocupacional.
- Caldeamiento grupal: presentación de la sesión, de los nuevos miembros (si los hay) y de los nuevos profesionales. 1'
- Pre-tarea: los miembros del grupo se juntarán por parejas o tríos para resumir lo de la sesión anterior. 5-10'

Segunda parte (exposición): 20-25'

¿Por qué se trabaja con texturas y volúmenes? El objetivo principal en la alimentación de un paciente con disfagia siempre es conseguir una alimentación segura (evitar aspiración) y eficaz (consiguiendo las necesidades nutricionales e hídricas) de manera individualizada. Al aumentar la viscosidad del alimento o bebida se aumenta el tiempo de tránsito y la persona tiene más tiempo para prepararse para la deglución. La adaptación de los alimentos en diferentes texturas se considera en la actualidad la intervención más sencilla, segura y con eficacia terapéutica.

Aspectos generales: IMPORTANTE → nuestro objetivo siempre será conseguir texturas homogéneas.

- Alimentos prohibidos:
 - Agua, café, té u otras infusiones.
 - Alimentos pegajosos: miel, chocolate, queso fundido, pan blanco de molde, etc.
 - Alimentos con doble textura: sopas de caldo con fideos, pescado con espinas, etc.
 - Alimentos fibrosos: espárragos, piña, etc.
 - Frutas o verduras con pepitas: uvas, fresas, etc.
 - Alimentos que produzcan salivación: caramelos, chicles, etc.
 - Alimentos que se fragmenten con facilidad o que desprendan agua o zumo al morderse: galletas, cereales secos, pan tostado, etc.
 - Frutos secos: nueces, almendras, etc.

- Recomendaciones:
 - Añadir zumo de limón (ácido cítrico) a las comidas ya que mejora el reflejo de deglución.
 - Enriquecer los alimentos: de esta manera, aunque sean cantidades más pequeñas, aportamos más nutrientes (tapioca, sémola), grasas (aceite de oliva, mantequilla, nata) y proteínas (clara de huevo, queso rallado).

Tipos de volumen: para asegurar la eficacia y seguridad de la deglución, no solo hay que adaptar la textura sino también el volumen que se administra con cada cucharada. El uso de cada volumen dependerá de la pauta médica según el grado de disfagia.

- Alto: cuchara sopera (10-15 ml).
- Medio: cuchara de postre (10 ml).
- Bajo: cucharilla de café (5 ml).

Tipos de texturas: se recomienda la modificación de textura de la dieta a todos los pacientes con disfagia tras una evaluación clínica de la deglución (MECV-V, EAT-10), utilizando diferentes alimentos y texturas que permita la selección de la consistencia más adecuada para una deglución segura y eficaz. Deberemos adaptar tanto los alimentos como los líquidos.

Para crear una terminología única en relación con los alimentos y sólidos con textura modificada, en 2012 se creó la International Dysphagia Diet Standardization Initiative (IDDSI) (Fig. 1), que clasifica las texturas en siete niveles, de menor a mayor viscosidad.

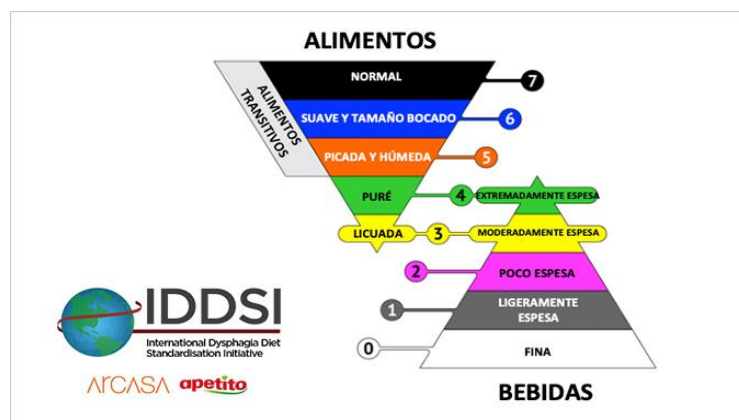


Figura 1. Clasificación de la textura de alimentos sólidos y líquidos según la IDDSI [29](#).

Así pues, para la preparación de alimentos y líquidos con disfagia utilizaremos la clasificación IDDSI, relacionándolo con los tipos de texturas utilizados para el abordaje de la disfagia (líquido, néctar, miel y pudding) y los tipos de dietas (muy fácil masticación, fácil masticación y normal). Esta información queda recogida en una tabla que se le dará a cada paciente ([ANEXO 3.6](#)).

Las dietas de textura modificada pueden obtenerse de dos formas: las que se realizan de forma tradicional con alimentos triturados o mediante preparados comerciales.

Espesantes y sus indicaciones:

Existen diferentes tipos de espesantes: los clásicos de primera y segunda gama y las aguas gelificadas:

- Espesantes de primera gama: se realizan a base de almidón de maíz modificado, que se puede mezclar con todo tipo de bebidas, pero la textura que producen es algo granulada, o bien mezclando almidón y gomas que tienen una textura sin grumos y transparentes.
- Espesantes de segunda gama: están compuestos exclusivamente a base de gomas. Ventajas en relación con los espesantes de primera gama:
 - Necesitan menor cantidad de producto para conseguir espesar.
 - Tienen una mejor textura.
 - Alteran menos la apariencia visual y el sabor de los líquidos.
 - Son capaces de espesar cualquier líquido y a cualquier temperatura.
- Agua gelificada: no es un espesante como tal, es agua ya espesada y lista para el consumo. Se diferencian de los espesantes en que son capaces de mantener su viscosidad y textura al introducirlas en la boca.

Indicaciones generales de los espesantes:

- Debe iniciarse su preparación añadiendo el espesante al líquido poco a poco: no todos los productos espesan a la misma velocidad y tiempo, y de esta forma se puede conseguir la viscosidad adecuada.
- Para evitar grumos, se recomienda mezclar el líquido y el espesante con un tenedor.
- Utilizar líquidos algo templados porque se mezclan mejor con el espesante.

- La mayoría de los espesantes tienen sabor neutro, pero se puede mezclar con zumos o caldos que añadan sabor.

Cómo utilizar los espesantes para la disfagia: la etiqueta de los espesantes incluye una guía de cuántos cacitos son necesarios para un correcto espesor de los alimentos y las bebidas que se vayan a ingerir. Las instrucciones generales son:

1. Añadir la cantidad recomendada de espesante en un recipiente.
2. Verter el líquido y remover durante 15-30 segundos.
3. Dejar reposar durante un minuto o hasta que se haya conseguido la consistencia deseada.
4. Remover suavemente durante 5 segundos y servir.

QR presentación sesión 4:



Fuente de la presentación: elaboración propia (realizado con Canva).

Tercera parte (puesta en práctica): 30'

Dinámica: durante esta parte los pacientes se pondrán en parejas. ACLARACIÓN: si algún paciente no puede realizar el taller por problemas de movilidad se emparejará con alguien que sí tenga la motricidad fina como para poder hacerlo, de esa manera se ayudarán entre sí.

Material:

- Se utilizará el espesante "Resource. Espesante Clear" de Nestlé Health Science ²⁹, ya que es el que entra en la Seguridad Social y, por tanto, es el que los pacientes utilizarán más.
- Tres vasos de plástico por persona.
- Una botella de agua de 1 litro por pareja. Se puede utilizar agua del grifo.
- Un tenedor de plástico por pareja.
- Servilletas.

Desarrollo:

Mientras un miembro de la pareja lee las instrucciones de la etiqueta el otro lo irá haciendo y después se cambiarán los roles.

Con este espesante, con una sola dosificación por vaso de 200 ml, pondremos las siguientes cantidades para conseguir cada textura:

- Néctar: 2 cacillos.
- Miel: 4 cacillos.
- Pudding: 6 cacillos.

Cada bote contiene un cacillo de 1,2 g.

Es importante que los pacientes se fijen en cómo resulta cada textura y a ponerles nombre.

Recomendaciones con este espesante:

- El tiempo de espera puede variar entre 30 segundos (agua) a varios minutos en función del líquido a espesar (líquidos ricos en proteínas y/o calorías o líquidos muy fríos).
- No se recomienda añadir espesante a la bebida ya espesada con el fin de evitar grumos.
- Una vez preparada la bebida espesada puede calentarse, evitar ebullición.

En esta parte los pacientes preguntarán las dudas que les hayan surgido durante la sesión.

Fuente: referencias bibliográficas [24](#), [25](#), [26](#), [27](#), [28](#), [29](#).

ANEXO 2.5. SESIÓN 5: TÉCNICAS PARA TRAGAR MEJOR
--

Esta sesión tiene una duración aproximada de 1 hora, el tiempo máximo será de 1 hora y media (se puede alargar por la tercera parte de la sesión). No se realizará descanso ya que esta sesión es muy práctica y no conlleva tanto agotamiento mental.

Importante: avisar que se traigan un cepillo de dientes eléctrico cada uno.

Primera parte: 10' aproximadamente

- ACLARACIÓN: para esta sesión se necesitará la colaboración de un logopeda y/o un terapeuta ocupacional.

- Caldeamiento grupal: presentación de la sesión, de los nuevos miembros (si los hay) y de los nuevos profesionales. 1'
- Pre-tarea: los miembros del grupo se juntarán por parejas o tríos para resumir lo de la sesión anterior. 5-10'

Segunda parte (exposición): 20'

Para esta parte se requerirá la participación activa de todos los integrantes del grupo. Mientras se expone la presentación se irán haciendo los ejercicios y maniobras que aparecen a continuación sin alimento. En la tercera parte se pondrán en práctica con alimentos.

- Recordatorio de medidas ambientales:
 - Evitar siempre comer solo/a.
 - Si aparece tos, no reprimirla.
 - Lugar tranquilo, sin ruidos ni distracciones. Bien iluminado.
 - Asegurar todos los días el mismo horario de comidas.
 - Duración de 30-40 minutos como máximo para evitar la fatiga.
- Realizar una buena limpieza bucal antes y después de las comidas → cepillado de dientes, mucosa bucal y lengua:
 - ¿En qué nos ayuda? Ayuda a mantener hidratada la mucosa, para estimular la salivación y para evitar que el alimento se pegue a la boca.
 - Se recomienda el uso del cepillo eléctrico. Además de mejorar la limpieza bucal proporciona con la vibración información sensitiva a las encías, a los dientes y a la lengua. Realizar esta acción siempre con la cabeza hacia delante.
 - Aclaración: ante aclarado dificultoso sustituir la pasta de dientes por un colutorio sin alcohol.
- Estimulación de la cara y boca → masajes: beneficioso ante la falta de sensibilidad y movilidad en cara, lengua o labios.
 - Realizaremos movimientos circulares en las mejillas y los labios durante un minuto. Nos podemos ayudar de nuestras manos o de la base del cepillo eléctrico (funcionará a modo de vibrador facial).
- Estrategias de rehabilitación deglutoria durante la ingesta:
 - Postura: verticalidad del tronco y simetría. Sentados en una silla/sillón.

- Flexión cervical anterior: llevar mentón al esternón en el momento de deglución. Sin hiperflexión. La más utilizada y segura (sella la vía respiratoria).
 - Flexión cervical anterior + rotación cefálica hacia el lado enfermo (combinado): reduce los residuos en oro-hipofaringe. Útil en hemiparesias tras un ACV.
 - Ventajas: fácil de aplicar, no fatiga, permite modificar el camino que sigue el bolo alimenticio, mejora actividad muscular y mejora el tiempo deglutorio. Mejoría de las aspiraciones en un 25%.
- Maniobras deglutorias específicas: existe una gran variedad de maniobras, pero las más utilizadas y que aprenderemos son las siguientes:

MANIOBRAS	EN QUÉ CONSISTE	OBJETIVO
Deglución supraglótica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Inspirar 2. Apnea voluntaria 3. Tragar 4. Toser (para eliminar residuos en glotis o faringe). 	Cerrar las cuerdas vocales antes y durante la deglución para proteger la vía respiratoria (evitar aspiración).
Deglución súper - supraglótica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Inspirar 2. Apnea voluntaria 3. Inspiración profunda 4. Tragar 5. Toser 	Cierre máximo de la vía aérea antes y durante la deglución (evitar aspiración).

Tabla 1. Maniobras deglutorias específicas. Fuente: referencia bibliográfica [25](#).

- Gimnasia bucal: mejora la fisiología de la deglución aumentando el tono, la sensibilidad y la motricidad de las estructuras.

MANIOBRAS	DESCRIPCIÓN
Labiales	<ul style="list-style-type: none"> - "Ejercicio pelota de tenis": esconder los labios, apretarlos con fuerza y estirarlos mientras están cerrados. - "Ejercicio pez": intentar unir las comisuras bucales. - Pronunciar M, P, B. - Dar besos.
Dentales	<ul style="list-style-type: none"> - Morder el labio superior con los dientes inferiores / morder el labio inferior con los dientes superiores.

	<ul style="list-style-type: none">- Simular el proceso de masticación.
Linguales	<ul style="list-style-type: none">- Mover la lengua arriba y abajo, derecha e izquierda.- Rotarla entre dientes y labios, sacarla y esconderla.- Empujar las mejillas.- Barrer el paladar con ella.
Mandibulares	<ul style="list-style-type: none">- Bostezar.- Mover a un lado y a otro.- Abrir y cerrar la boca.- Hacer movimientos de succión e hinchar las mejillas.
Respiratorias	<ul style="list-style-type: none">- Simular el momento de tragar haciendo apneas breves.

Tabla 2. Ejercicios bucolinguofaciales. Fuente: referencia bibliográfica [24](#).

QR presentación sesión 5:



Fuente de la presentación: elaboración propia (realizado con Canva).

Tercera parte (puesta en práctica): 30'

El objetivo de esta parte no es solo ponerlo en práctica sino también planificar, en conjunto con el logopeda/terapeuta ocupacional, el programa de ejercicios de manera individualizada.

La dinámica será la siguiente: todos los pacientes comenzarán a practicar los ejercicios en orden como se ha dicho en la teoría guiados por la enfermera responsable y mientras el logopeda/terapeuta ocupacional irá paciente por paciente ayudando a rellenar las tablas de planificación de gimnasia bucal ([ANEXO 3.7](#)). Estas tablas se las podrán llevar a casa y así tendrán planificados sus ejercicios para hacer de manera regular.

Una vez todo el mundo tenga su tabla se dejará unos minutos para preguntas o dudas y se dará fin a la sesión (no se prevé que haya muchas dudas ya que se ha ido hablando con los pacientes de manera individual). 0-5'

ACLARACIÓN: para poder medir la efectividad de esta sesión, en la última sesión realizada con los pacientes (sesión 7, el 8 de enero) se les preguntará por sorpresa quién sigue haciendo la tabla de ejercicios.

Fuente: referencias bibliográficas [24](#), [25](#), [26](#).

ANEXO 2.6. SESIÓN 6: MI VIDA CON DISFAGIA: HERRAMIENTAS

Primera parte: ¿qué llevo en mi mochila? 30'

Material necesario:

- Mochila, caja de cartón grande, pizarra, tiza, textos recortados en un papel ([ANEXO 3.8](#)) + materiales correctos e incorrectos.
- Materiales correctos:
 - Vaso escotado de plástico: se caracteriza por presentar un largo escote o recorte, que permite introducir la nariz, diseñado específicamente para posibilitar la ingesta de líquido sin necesidad de inclinar la cabeza. De esta manera se pueden prevenir aspiraciones a la vía aérea.
 - Espesante en una bolsa de zip: para espesar los líquidos.
 - Cacillo: para medir y echar el espesante en los líquidos.
 - Batidora portátil (si no se tiene presupuesto suficiente para comprar una a la hora de preparar la sesión se puede imprimir una foto): hay que prever que en el menú del restaurante no haya alimentos con las texturas que necesite una persona con disfagia, por ello sería recomendable llevar una batidora pequeña para poder triturarlos.
 - Vaselina: una complicación en las personas con disfagia es la sequedad de los labios, para prevenirlo es importante tenerlos siempre hidratados.
 - Colutorio (tamaño pequeño): es importante la higiene tanto antes como después de las comidas.

- Materiales incorrectos:
 - Pajita: una persona con disfagia no deberá utilizar nunca pajitas ya que aumenta el riesgo de aspiración.
 - Bolsa de frutos secos para picar: hay dos conceptos mal. El primero es que los frutos secos son alimentos prohibidos en personas con disfagia. El segundo es que a una persona con disfagia, por su dificultad y dedicación de tiempo a la hora de comer, le beneficiará más centrarse en obtener todos los nutrientes necesarios en la comida principal sin tener que estar picando antes o después de esta.
 - Chicles: es un alimento prohibido en la disfagia ya que aumenta la salivación y además se encuentra todo el rato en la cavidad bucal, pudiendo producir una aspiración.

Dinámica: se sientan los pacientes en un semicírculo y en el medio habrá una caja grande con todos los materiales dentro sin que se vean.

- Se lee el siguiente texto (lo puede leer un voluntario): *"Laura es una chica con disfagia que quiere ir con su familia a comer a un restaurante para celebrar el cumpleaños de su hermana. Es la primera vez que come fuera desde que tiene disfagia y está un poco nerviosa. Quiere prepararse bien para poder disfrutar al máximo del día y no centrarse en la disfagia, se dispone a hacer su mochila con cosas que cree que son necesarias... ¿qué se debería meter?"* 2'
- La idea es que los pacientes realicen, con la enfermera responsable como mediadora, una lluvia de ideas sobre qué creen que es necesario llevar en la mochila de una persona con disfagia. 8'
- Una vez realizada la lluvia de ideas y escritos los materiales en la pizarra, la enfermera comenzará a sacar los materiales uno a uno, a explicar el por qué es necesario y a meterlos en la mochila. Conforme se vayan sacando materiales se les explicará que hay algunos que son incorrectos y que no se deben usar. Cuando estos salgan, los pacientes tendrán que reconocerlos también, estos quedarán fuera de la mochila apartados. 20'

(Descanso de 5')

Segunda parte: qué hacer ante un atragantamiento. 25'

- Otra persona voluntaria lee el siguiente texto: *"Cuando están comiendo, Laura se empieza a atragantar con una cucharada, ¿qué debe hacer ella y su entorno en ese momento?"*
- Se hará una técnica de role-playing (enfermera: persona que ayuda, paciente voluntario: víctima).
 1. Invitar a toser a la persona que se está atragantando. Debe coger aire y toser con fuerza.
 - a. Si se viese el cuerpo extraño se puede sacar manualmente, pero lo mejor es que tosa con fuerza y lo saque por sí misma la persona → maniobra del gancho: introduciremos lateral y profundamente el 2º dedo con forma de gancho.
 2. Si presenta dificultad respiratoria → 5 palmadas: de pie al lado de la víctima lo inclinaremos hacia adelante, sujetando el pecho con la palma de una mano y con la otra mano le daremos 5 palmadas fuertes entre los omoplatos para resolver la obstrucción.
 3. Si continúa la dificultad respiratoria → maniobra de Heimlich: con la víctima de pie e inclinada hacia adelante y el reanimador detrás, rodearemos con los brazos su cintura, situaremos un puño en la boca del estómago y daremos 5 compresiones bruscas cogiéndolo con la otra mano (hacia detrás y arriba).
 4. Si no se soluciona, pero la persona sigue consciente, se alternarán: 5 palmadas con 5 compresiones abdominales hasta que se resuelva o pierda la consciencia.
 5. Si la persona no tose, no respira, pierde consciencia: lo primero será llamar al 112 y comenzar una RCP básica → 30 compresiones, 2 respiraciones (revisando la boca para ver si vemos el cuerpo extraño y lo podemos extraer).

Para que el esquema quede más claro y visual, mientras se está realizando los role-playing se proyectará el algoritmo de actuación ([ANEXO 3.9](#)).

Tarea:

Se les pedirá a los pacientes que la próxima vez que vayan a comer fuera manden por el grupo de WhatsApp lo que llevan en su mochila. Con esto conseguiremos

dos cosas: que los pacientes se pongan a prueba sobre lo aprendido y que se motiven entre ellos para que salgan a comer fuera de casa.

Fuente: referencias bibliográficas [24](#), [27](#), [30](#), [31](#).

ANEXO 2.7. SESIÓN 7: RECETAS CON DISFAGIA
--

Recordatorio: durante esta sesión la enfermera responsable debe preguntar quién sigue realizando la tabla de ejercicios de la sesión 5.

Esta sesión se realizará de manera remota, cada paciente estará en su casa. Se realizará una videollamada con todos los pacientes y la enfermera responsable. De esta manera se les dará a los pacientes una oportunidad de realizar una receta con técnicas distintas a las que están acostumbrados en su mismo ambiente y con sus materiales de cocina de siempre. En definitiva, de esta manera se les dará pie a que puedan seguir realizando otras recetas adaptadas en sus propias cocinas.

Si algún paciente lo necesita o lo desea, puede dejarse ayudar por familiares o convivientes suyos.

Preparación por parte de la enfermera responsable:

- Crear una sesión en “Google Meet” y mandarla por el grupo de WhatsApp (grupo que se habrá creado en las anteriores sesiones con los pacientes).
- Mandar la receta “Espaguetis carbonara” en conjunto con el recetario “Comer diferente, comer bien” (página 71 y 72) e indicarles a los pacientes los ingredientes que deben tener preparados para el día de la sesión, así como los utensilios. Se informará con una semana de antelación (el día 19 de diciembre).
 - Lista de ingredientes (para 2 personas): 50 g de macarrones, 5 ml de aceite virgen extra, 4 g de sal, 150 ml de nata líquida, 50 g de beicon, 30 g de queso semicurado, 4 g de ajos, una pizca de pimienta negra y una pizca de orégano.

- Lista de utensilios: 2 ollas, 1 escurridor, robot de cocina tipo "Thermomix" (se puede sustituir por una batidora tipo "Turmix"), 2 mangas pasteleras, 1 cuchillo de cocina, 1 tabla para cortar y 1 plato.
- Avisar de que la receta resulta en una textura "puré espeso" (nivel 4 según IDDSI), si hay algún paciente que no tolera dicha textura, la realizará igual pero no podrá ingerirla. Puede darla a probar a su círculo cercano.

Preparación por parte de los pacientes:

- Descargarse el recetario en conjunto con la receta "Espaguetis carbonara".
- Comprar los ingredientes necesarios y los utensilios que no se tengan.
- Poseer una cuenta de google para poder conectarse a la videollamada por Google Meet. En caso de no tenerla se puede crear en unos pocos minutos.
- Tener un dispositivo con el que conectarse a la videollamada: ordenador portátil, tablet, móvil, etc.

Teoría. 20'

Se expondrá por parte de la enfermera responsable en los 30' en los que se están cocinando los macarrones. Se dejarán 10' para preguntas y/o para hablar entre los pacientes y la enfermera.

Alimentos texturizados: deben cumplir las siguientes características:

- Seguridad: evitar atragantamientos y obstrucciones.
- Eficacia: el organismo debe ser capaz de asimilar los nutrientes ingeridos.
- Nutritivo: la dieta debe asegurar el aporte de los nutrientes necesarios para mantener o recuperar el estado de salud óptimo.
- Organolépticamente adecuados: las características de color, sabor, olor y temperatura deben ser lo más similares posibles a las que se presentarían en las elaboraciones reales, lo que permite facilitar su identificación y disfrute.
- Presentación atractiva.

Procedimiento:

1. Planificación de la dieta:
 - a. Número de tomas: depende de la persona y su contexto. Por lo general se recomiendan más tomas de menor cantidad cada una,

realizando como mínimo las 5 comidas diarias: desayuno, almuerzo, comida, merienda y cena.

2. Procedimiento de elaboración:

- a. Lavado y desinfección: en alimentos texturizados este paso es de vital importancia ya que pueden utilizarse alimentos en crudo como gazpachos, los cuales, al no ser sometidos a procesos térmicos, presentan un elevado riesgo de contaminación microbiológica.
- b. Manipulación:
 - i. Limpieza y selección: eliminar las partes no comestibles o peligrosas (por ejemplo, las semillas de una fruta).
 - ii. Troceado: para poder reducir el tamaño de los alimentos. Estará relacionado con el tipo de cocción o elaboración.
- c. Técnica culinaria: proceso aplicado a alimentos crudos o cocinados, que implica un tratamiento térmico u otro, que permite modificar sus características con la finalidad de transformarlos haciéndolos digeribles, seguros, atractivos y apetecibles para el comensal. Aspectos a tener en cuenta en este paso: se resumen en una tabla que se le dará a cada paciente (ANEXO 3.10).
- d. Modificación de la textura: para ello tenemos diferentes herramientas como son batidoras, máquinas profesionales (por ejemplo, la Thermomix), cocción de los alimentos, uso de espesantes, etc.
- e. Presentación en el plato: la presentación debe ser lo más atractiva posible, manteniendo siempre que se pueda las características organolépticas de cada nutriente.

Receta → (en [ANEXO 3.11](#)).

La realizará la enfermera a la vez que los pacientes, permitiendo así que las dudas que vayan surgiendo se puedan resolver.

La receta está realizada para 20 comensales, las medidas de los ingredientes están adaptadas para 2 personas anteriormente (son las que se les pasará a los pacientes).

Al final de la sesión se les animará a que vayan haciendo otras recetas del recetario, pueden mandar fotos al grupo de WhatsApp enseñando los resultados.

Descarga del recetario "Comer diferente, comer bien" gratis on-line en este enlace: <https://www.huescamasinclusiva.org/areas-de-trabajo/participacion-social/gastronomia-inclusiva/recetario-texturizados>

Fuente: referencia bibliográfica [23](#) y [32](#).

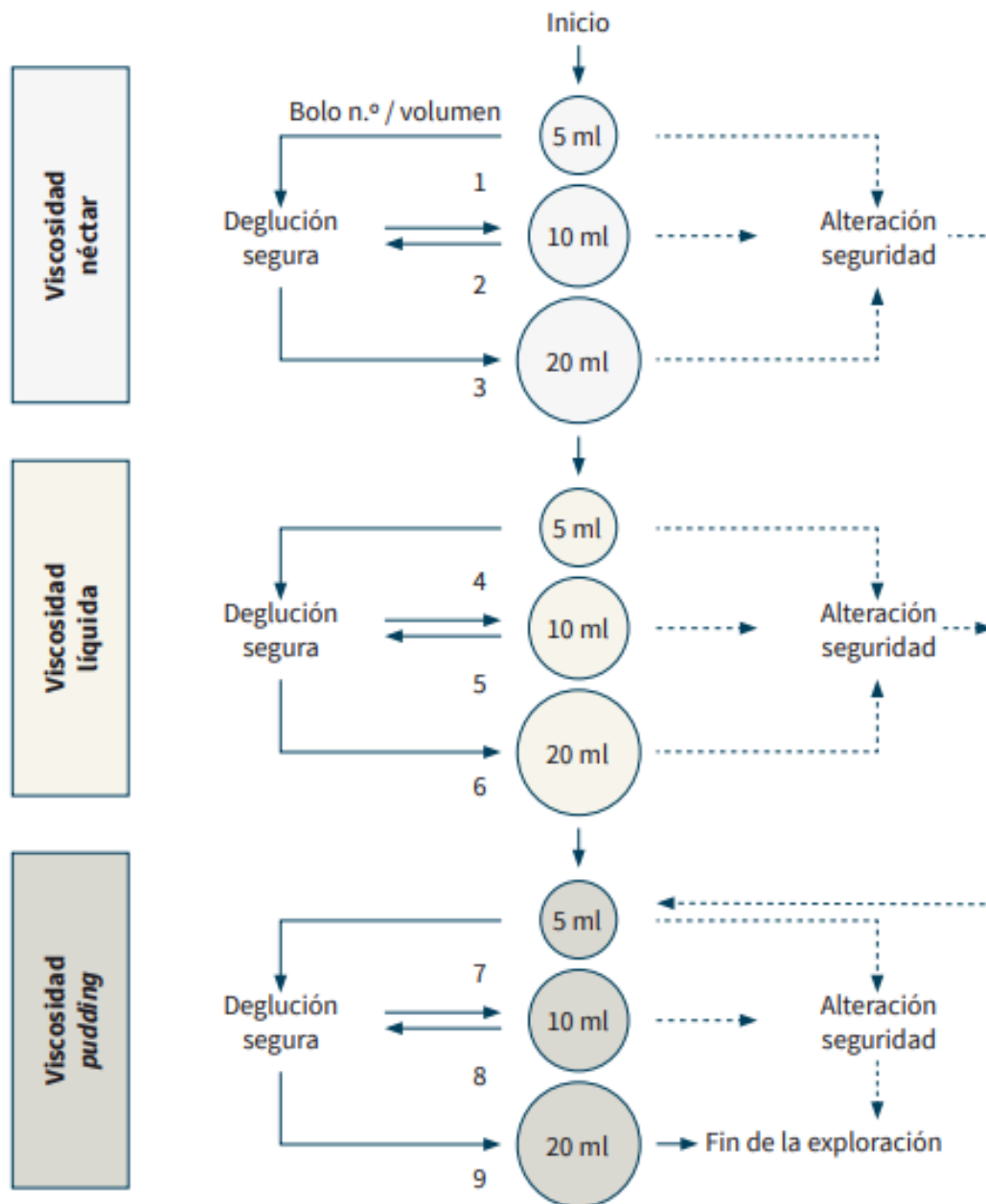
ANEXOS 3. MATERIALES DE LAS SESIONES.

ANEXO 3.1. ESCALA EAT-10

EAT-10 puntuación	0	1	2	3	4
Mi problema para tragar me lleva a perder peso.					
Mi problema para tragar interfiere con mi capacidad para comer fuera de casa.					
Tragar líquidos me supone un esfuerzo extra.					
Tragar sólidos me supone un esfuerzo extra.					
Tragar pastillas me supone un esfuerzo extra.					
Tragar es doloroso.					
El placer de comer se ve afectado por mi problema de tragar.					
Cuando trago comida se pega en mi garganta.					
Toso cuando como.					
Tragar es estresante.					

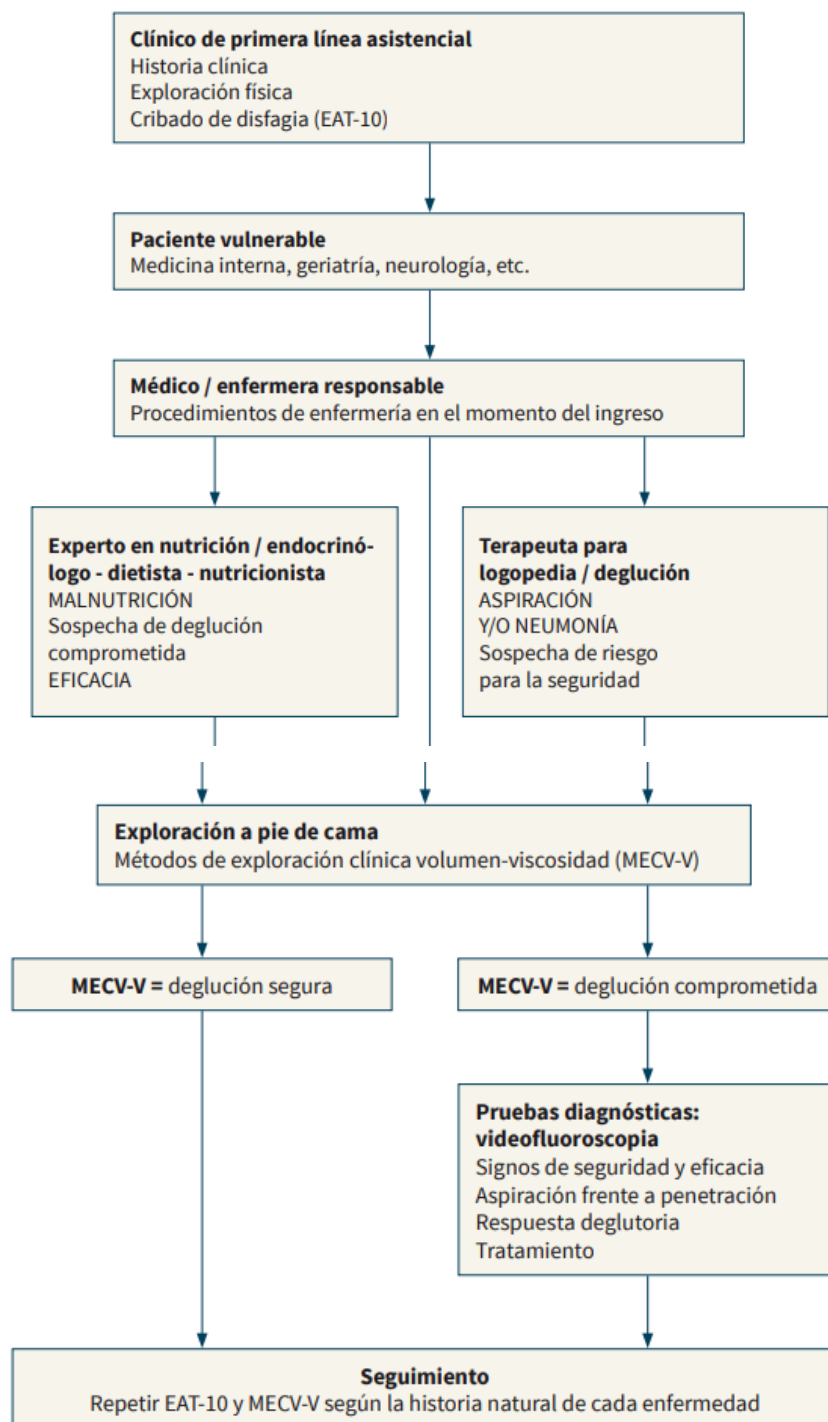
Fuente: extraído de referencia bibliográfica [24](#).

ANEXO 3.2. PROCESO DE EVALUACIÓN MECV-V



Fuente: referencia bibliográfica [23](#).

ANEXO 3.3. PROCESO GENERAL DE DIAGNÓSTICO DE LA DISFAGIA



Fuente: referencia bibliográfica [23](#).

ANEXO 3.4. CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS PREVIOS

SESIÓN 1. CONOCIENDO LA DISFAGIA

Antes de entrar en materia: ¿qué conozco ya sobre la disfagia?

Pega una pegatina en la respuesta que consideres correcta en cada pregunta. No importa si no aciertas, no es un examen. Al final de la sesión se corregirá para afianzar los conocimientos. ¡VAMOS ALLÁ!

1. La disfagia es:

El miedo que tiene una persona a tragar porque no puede.

A

La dificultad para pasar alimentos hasta el estómago.

B

La dificultad para pasar alimentos y líquidos hasta el estómago.

C

2. El proceso de deglución (tragar) es:

Totalmente voluntario.

A

Tanto voluntario como involuntario.

B

Totalmente involuntario.

C

3. ¿Por qué los líquidos son más problemáticos para una persona con disfagia?

Porque suelen estar fríos y eso lleva a distracción.

A

Porque hay que levantar la cabeza para beberlos.

B

Porque transcurren más rápido por la laringe.

C

4. Para una persona con disfagia, ¿es seguro beber o comer utilizando una pajita?

Sí, mientras se haga se aspire el alimento o líquido lo más despacio posible.

A

No, nunca se deberán utilizar pajitas.

B

Sí, es recomendable utilizarlas.

C

5. La disfagia orofaríngea, ¿en qué porcentaje de pacientes aparece tras haber sufrido un ictus?

A más de un 30%

A

A menos de un 10%

B

A un 100%.

C

6. Cual de las siguientes es una medida que debe adoptar una persona con disfagia:

Una buena higiene oral con colutorios.

A

Hacer más ejercicio físico que una persona sin disfagia.

B

Una persona con disfagia no debe hacer nada distinto a los demás.

C

7. Qué síntoma de los siguientes NO aparece en la disfagia:

Tos.

A

Alteración en la producción de saliva (se secreta más o menos de lo normal)

B

Vómito.

C

8. ¿La disfagia tiene tratamiento?

Sí.

A

No, es crónica en todos los casos.

B

Sí, mediante fármacos (pastillas).

C

9. ¿Ver la televisión mientras se come puede resultar inseguro para una persona con disfagia?

No.

A

Solo en algunos casos.

B

Sí, puede crear distracciones , provocando un atragantamiento.

C

10. ¿Cuántos minutos debe estar una persona con disfagia comiendo durante una comida?

10 min.

A

30 min.

B

45 min.

C

Respuestas correctas: 1-C, 2-B, 3-C, 4-B, 5-A, 6-A, 7-C, 8-A, 9-C, 10-C.





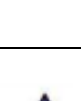

Fuente: elaboración propia.

ANEXO 3.5. TEXTO PARA LEER EN LA SESIÓN 3

"Daniel, con 43 años, ha sufrido un ictus hace 10 días y a raíz de ello ha desarrollado disfagia. Cada vez que se sienta para comer con su familia siente miedo por atragantarse, no le gusta el aspecto de la comida triturada y siempre desea poder estar comiendo lo mismo que los demás en la mesa. ¿Qué estrategias se le pueden dar para superar ese momento?"

Fuente: elaboración propia.

ANEXO 3.6. TABLA SOBRE LAS TEXTURAS

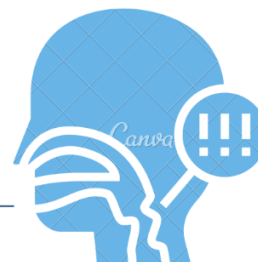
Niveles de textura de sólidos y líquidos en la nutrición con disfagia			
	Bebida fina. (<i>líquido claro</i>)	No deja una capa en el recipiente que lo contiene.	Por ejemplo, agua, infusiones.
	Bebida ligeramente espesa. (<i>textura néctar</i>)	Puede beberse a través de un vaso o taza.	Por ejemplo, zumo de tomate o sandía.
	Bebida poco espesa. (<i>textura miel</i>)	No podría ser sorbido con pajita. Pero si se puede beber en taza o vaso.	Por ejemplo, fruta triturada.
	Bebida moderadamente espesa. Alimento licuado. (<i>textura pudding</i>)	No puede beberse. Debe tomarse con cuchara.	Por ejemplo, gelatina.
	Bebida extremadamente espesa. Puré.	No precisa masticación. Puede ser sorbido con pajita o tomado con cuchara.	Por ejemplo, puré de verduras con pollo, carne, pescado o huevo.
	Alimento picado y húmedo. (<i>muy fácil masticación</i>)	Alimentos de textura blanda y jugosa que se pueden chafar con un tenedor y requieren mínima masticación.	Por ejemplo, queso fresco, manzana hervida.
	Alimento suave y tamaño bocado. (<i>fácil masticación</i>)	Alimentos blandos que se pueden partir con un tenedor.	Por ejemplo, verduras con patatas.
	Alimento normal.	Cualquier alimento y textura	





















Fuente: Adaptada de referencia bibliográfica [26](#), [27](#) y [29](#) (elaboración propia).

ANEXO 3.7. TABLA DE GIMNASIA BUCAL INDIVIDUALIZADA

TABLA DE EJERCICIOS






NOMBRE: _____



DÍA	EJERCICIO	TIEMPO
1	 Ejercicio "pelota de tenis".	Rep: __ T: __ D: __
	 Morder el labio superior/inferior.	Rep: __ T: __ D: __
	 Mover la lengua arriba y abajo, derecha e izquierda.	Rep: __ T: __ D: __
	 Bostezar.	Rep: __ T: __ D: __
	 Simular el momento de tragar haciendo apneas breves.	Rep: __ T: __ D: __
2	 Ejercicio "pez".	Rep: __ T: __ D: __
	 Simular proceso de masticación.	Rep: __ T: __ D: __
	 Rotarla entre dientes y labios, sacarla y esconderla.	Rep: __ T: __ D: __
	 Mover a un lado y a otro.	Rep: __ T: __ D: __
	 Simular el momento de tragar haciendo apneas breves.	Rep: __ T: __ D: __
3	 Pronunciar M, P, B.	Rep: __ T: __ D: __
	 Morder el labio superior/inferior.	Rep: __ T: __ D: __
	 Empujar las mejillas.	Rep: __ T: __ D: __
	 Abrir y cerrar la boca.	Rep: __ T: __ D: __
	 Simular el momento de tragar haciendo apneas breves.	Rep: __ T: __ D: __
4	 Dar besos.	Rep: __ T: __ D: __
	 Barrer el paladar con la lengua.	Rep: __ T: __ D: __
	 Simular proceso de masticación.	Rep: __ T: __ D: __
	 Hacer movimientos de succión e hinchar las mejillas	Rep: __ T: __ D: __
	 Simular el momento de tragar haciendo apneas breves.	Rep: __ T: __ D: __



ACLARACIONES:

-  Maniobra labial
-  Maniobra dental
-  Maniobra lingual
-  Maniobra mandibular
-  Maniobra respiratoria

*Ejercicio "pelota de tenis": esconder los labios, apretarlos con fuerza y estirarlos mientras están cerrados.

*Ejercicio "pez": intentar unir las comisuras bucales.

Fuente: elaboración propia.

ANEXO 3.8. TEXTOS PARA LEER EN SESIÓN 6

Texto 1:

"Laura es una chica con disfagia que quiere ir con su familia a comer a un restaurante para celebrar el cumpleaños de su hermana. Es la primera vez que come fuera desde que tiene disfagia y está un poco nerviosa. Quiere prepararse bien para poder disfrutar al máximo del día y no centrarse en la disfagia, se dispone a hacer su mochila con cosas que cree que son necesarias... ¿qué se debería meter?"

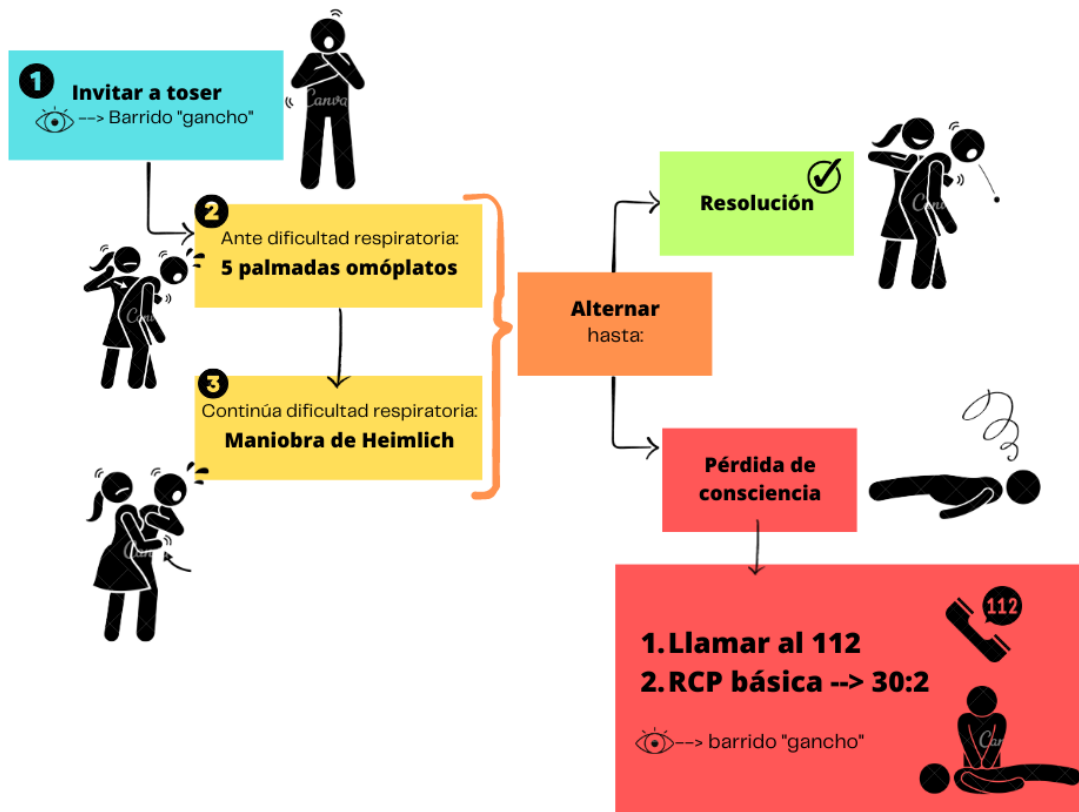
Fuente: elaboración propia.

Texto 2:

"Cuando están comiendo, Laura se empieza a atragantar con una cucharada, ¿qué debe hacer ella y su entorno en ese momento?"

Fuente: elaboración propia.

ANEXO 3.9. ALGORITMO DE ACTUACIÓN EN CASO DE ATRAGANTAMIENTO



Fuente: elaboración propia.

ANEXO 3.10. ASPECTOS A TENER EN CUENTA EN LA ELECCIÓN DE LA TÉCNICA CULINARIA.

ALIMENTOS	ELABORACIÓN	COMPORTAMIENTO	DUREZA	ESCURRIR	LÍQUIDO ADICIONADO	CONSIDERACIONES
VERDURAS Y HORTALIZAS	Hervido, vapor, papillote	Elevada cantidad de agua en su composición	↓	SÍ	Caldo de la elaboración > agua > caldo de verduras	Ecurrir siempre. Colar si existen elementos peligrosos
	Plancha, salteado, horno, parrilla	Pérdida de agua y costra dura	↑	SÍ	Agua > Caldo de verduras	Si existen elementos peligrosos, usar colador chino
	Crudo	Elevada cantidad de agua en su composición	↑	NO	Caldo desprendido del propio ingrediente > agua	No eliminar el líquido del alimento. Colar si existen elementos peligrosos
CARNES	Plancha, horno, parrilla, frito	Pérdida de agua y costra dura	↑	SÍ	Agua > Caldo de carne	Colar si existen elementos peligrosos
	Guiso, estofado	Retención de agua. Doble textura por salsa	↓	SÍ	Salsa de la propia elaboración > agua	Separar sólidos de la salsa antes de triturar
PESCADOS	Plancha, horno, rebozado	Pérdida de agua y costra dura	↑	SÍ	Agua > Caldo de pescado	Colar si existen elementos peligrosos
	Salsa, papillote	Retención de agua. Doble textura por salsa	↓	SÍ	Caldo de la propia elaboración > Agua	Separar sólidos y líquidos antes de triturar
PASTA, CEREALES Y TUBÉRCULOS	Hervido	Retención de agua	↓	SÍ	Caldo de la cocción > Agua	Ecurrir siempre. Controlar líquido añadido
	Vapor	Retención de agua	↑	SÍ	Agua > Caldo vegetal > bebida vegetal (arroz, avena)	Adición de líquido
LEGUMBRES	Cocidas	Retención de agua	↑	SÍ	Caldo de la cocción > Agua	Controlar líquido añadido. Colar si existen elementos peligrosos
HUEVOS	Cocidos, tortilla	Sin variación de agua	↓	NO	Agua	Controlar líquido añadido. Colar si existen elementos peligrosos
FRUTAS	Crudas	Elevada cantidad de agua en su composición	↓	NO	Jugo > Agua > Zumo	Colar si existen elementos peligrosos
	Cocidas, horneadas	Pérdida de agua y cambio de textura	↓	NO	Jugo > Agua > Zumo	Colar si existen elementos peligrosos

Fuente: referencia bibliográfica [23](#).

ANEXO 3.11. RECETA TEXTURIZADA: ESPAGUETIS CARBONARA



ESPAGUETIS CARBONARA

🕒 2 horas 🍳 1 hora 🌿 -

INGREDIENTES

MACARRONES

500 g de macarrones.
50 ml de aceite de oliva virgen extra.
20 g de sal.
Líquido para triturar: 1500 ml de caldo de cocción.

SALSA CARBONARA

1500 ml de nata líquida.
500 g de beicon.
300 g de queso semicurado.
40 g de ajos.
20 g de sal.
0,5 g de pimienta negra.
0,5 g de orégano.

ELABORACIÓN

MACARRONES

1. Calentar agua en una olla, disolver 20 g de sal y añadir 500 g de macarrones.
2. Dejar hervir a fuego medio durante 30 minutos.
3. Verter el contenido de la olla sobre un escurridor para separar el caldo de cocción de los macarrones y reservar ambas partes.
4. Introducir en el robot los macarrones junto con 50 ml de aceite de oliva virgen extra y triturar añadiendo, poco a poco, 1500 ml de caldo de cocción mientras se realizan giros con la pala giratoria hasta obtener una textura homogénea y una fluidez tipo "miel" (IDDSI- Nivel 3). Nota: la fluidez de los macarrones deberá ser elevada pues, al tratarse de una fécula, es pegajoso y tomará densidad conforme pierda temperatura. La fluidez final debería ser tipo "puré espeso" (IDDSI- Nivel 4).
5. Detener e introducir el contenido en una manga pastelera.

SALSA CARBONARA

1. Lavar, eliminar las partes no deseables o peligrosas y trocear 500 g de beicon, 300 g de queso semicurado y 40 g de ajos.
2. Calentar una olla y añadir el beicon y los ajos.
3. Cuando comiencen a dorarse añadir 0,5 g de pimienta negra, 0,5 g de orégano y 20 g de sal.
4. Incorporar 1500 ml de nata y el queso semicurado y remover con una varilla hasta que se fundan. Introducir en el robot y triturar realizando giros con la pala giratoria hasta obtener una textura homogénea y una fluidez tipo "miel" (IDDSI- Nivel 3).
5. Detener e introducir el contenido en un biberón o manga pastelera.

EMPLATADO Y CONSERVACIÓN

Sobre un plato servir 150 g de pasta a la que le daremos forma de espagueti realizando una pequeña apertura en la punta de la manga y dejando caer el contenido en forma de hilo fino. Sobre el mismo, incorporar 80 ml de salsa carbonara.

Servir tras emplatar o mantener los alimentos en sus respectivos recipientes, garantizando una temperatura superior a 65 °C en el corazón del producto mediante baño maría o almacenados en un contenedor isoterma que asegure su seguridad higiénica, hasta el momento de su servicio.

VALORACIÓN NUTRICIONAL

	Energía (kcal)	Agua (ml)	HdC (g)	HdC simples	Grasas (g)	Proteínas (g)	Fibra (g)
Por 100 g	195,0	672	12,1	1,3	14,4	4,4	0,8
Por ración	448,4	154,5	27,8	2,9	33,1	10,2	1,8

ALÉRGENOS: Contiene gluten y lactosa. No apto para vegetarianos.

ESTA RECETA SE HA DESARROLLADO CON LA APORTACIÓN DE:

Camicería Miguel Escuer: beicon de cerdo.

Fundación Cruz Blanca: aceite de oliva virgen extra Olivas Vida.

Quesos del Artesano de Saravillo: queso semicurado de vaca y cabra.

Supermercados Altoaragón: macarrones, ajos, sal, pimienta negra en polvo y orégano.



Fuente: referencia bibliográfica [32](#).