



Universidad de Zaragoza
Escuela de Enfermería de Huesca

Grado en Enfermería

Curso Académico 2016/2017

TRABAJO FIN DE GRADO

**PROGRAMA DE SALUD SOBRE LA
DISFAGIA OROFARÍNGEA APLICADO A
PACIENTES Y CUIDADORES
PRINCIPALES**

Autor/a: Palacio Cereza, Laura

Director: Orduna Onco, Ángel

ÍNDICE

Resumen	1
Introducción.....	3
Objetivos	6
Metodología	7
Desarrollo	11
1. Análisis de la situación e identificación de problemas.	11
2. Establecimiento de prioridades.....	11
3. Determinación de metas y objetivos.	13
4. Determinación de las actividades y recursos.	14
5. Desarrollo del programa.....	16
6. Evaluación.....	20
Conclusión	20
Bibliografía	22
Anexos	30

Resumen

Introducción: La disfagia es un síntoma que presenta una elevada prevalencia entre las personas mayores de 65 años. Esta insuficientemente estudiada y valorada aun provocando graves complicaciones sobre el estado de salud de las personas. Para una mejor calidad de vida de los pacientes es fundamental la detección precoz y un abordaje de la misma adecuado.

Objetivo: Elaborar un programa de salud sobre un manejo adecuado de la disfagia orofaríngea, dirigido tanto a los cuidadores principales como a los propios pacientes.

Metodología: En la realización del programa de salud se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las distintas bases de datos, páginas web y libros.

Desarrollo: Se ha elaborado un proyecto de programa de salud, para el abordaje de la disfagia orofaríngea, llevando a cabo una educación sanitaria de pacientes y cuidadores principales mediante la realización de sesiones teórico/prácticas, en las cuales se tratan temas fundamentales como; dietas, signos y síntomas, complicaciones, ansiedad y temor.

Conclusión: La escasez de programas de salud no permite evidenciar la efectividad de los mismos. Ya que es un proyecto que no se ha llevado a la práctica, no se puede constatar que el resultado de la intervención sea favorable.

Palabras Clave: Deglutition disorders, oropharyngeal dysphagia, aging, epidemiology, residency, health nursing, geriatric hospitals, hospital, geriatric syndromes, caregivers, health education, nursing, malnutrition, dehydration, pneumonia, treatment, manejo, disfagia, nutrición, aspiración, detección, diagnostic y ansiedad.

Abstract

Introduction: Dysphagia is a symptom that refers to a difficulty in swallowing. It can occur at any age but it is more common in older adults. At present, there are not enough studies about dysphagia and it is always a lesser priority in a diagnostic even if we know that it causes serious complications in health conditions.

It is essential an early diagnosis and a proper clinical approach of the symptom which enable patients to improve their quality of life.

Aim: To create a suitable health program about oropharyngeal dysphagia management. The program will be aimed at caregivers as well as patients.

Methodology: A literature search in databases, web sites and books has been required to obtain the best results in the creation of the health program.

Development: We have carried out a health program in order to inform and let to know how to deal with patients who suffer from oropharyngeal dysphagia. In this program we have done a follow up with patients and caregivers through training sessions and workshops in which we have talked, among others issues, about diets, signs and symptoms, possible complications and anxiety and pains. Conclusion: Given the lack of resources and health programs, it is not possible to know for certain the effectiveness of this program. Since it has not been put into practice, we cannot state a favorable result of the intervention.

Key words: Deglutition disorders, oropharyngeal dysphagia, aging, epidemiology, residency, health nursing, geriatric hospitals, hospital, geriatric syndromes, caregivers, health education, nursing, malnutrition, dehydration, pneumonia, treatment, disease management, nutrition, aspiration, detection, diagnosis, and anxiety .

Introducción

La disfagia hace referencia a la dificultad o imposibilidad para la deglución.¹

El envejecimiento progresivo de la sociedad incrementa la prevalencia de disfagia a medida que aumenta la edad, afectando a entre el 20 y el 30 % de personas mayores de 65 años.²

La etiopatogenia de la disfagia es diversa. Desde el punto de vista anatómico se puede definir a la disfagia orofaríngea (DO) como la dificultad para la deglución; mientras que la disfagia esofágica será la imposibilidad de progresión del bolo alimenticio a través de la luz esofágica desde la faringe hasta la cavidad gástrica.³

La disfagia orofaríngea se muestra especialmente en la población anciana (la padecen casi el 50% de los ancianos hospitalizados y/o institucionalizados⁴ y entre el 15 y el 25% de los ancianos que viven en la comunidad).⁵ Con frecuencia, se asocia a trastornos neurológicos como el accidente cerebrovascular (ACV). Esto lo podemos afirmar debido a que un estudio realizado en 128 pacientes mostraba que el 51 % de ellos presentaba alteraciones en la deglución y el 64 % con videofluoroscopia^a. En cuanto a la enfermedad de Parkinson, se encontró que cuatro de cada cinco pacientes padecen disfagia, mientras que solo uno de cada tres refiere tener síntomas. En la demencia, la DO aparece en un alto porcentaje de las personas, a este respecto, algunos autores afirman que un 84 % de pacientes con alzhéimer pueden presentar disfagia.^{3, 6}

Silveira Guijarro⁶ y De Vicente Ruiz García⁶ demuestran la relación significativa que existe entre la DO, la edad avanzada, la comorbilidad de tipo neurológico, la peor evolución funcional y de movilidad y las complicaciones durante el ingreso.⁶

^a Exploración radiológica que consiste en la ingesta por parte del paciente de diferentes bolos de alimento, en los que varía la consistencia y el volumen, al tiempo que se registra en vídeo todo el proceso deglutorio con el uso de una máquina de rayos conectada a un monitor.

En la mayoría de los ancianos la disfagia es un síntoma crónico íntimamente relacionado con su capacidad funcional, la fragilidad y la asociación de enfermedades neurológicas y neurodegenerativas.^{5, 7}

La etiología de la disfagia es diferente dependiendo del tipo de disfagia. En la disfagia esofágica las posibilidades son más variadas que en la orofaríngea.⁸ La disfagia aguda puede deberse a un cuadro de disfagia crónica reagudizada (poco frecuente) o bien al impacto de un cuerpo extraño en la luz esofágica.³ Los medicamentos pueden influir en la aparición de la misma.⁹

La DO ocasiona una **disminución de la eficacia** de la deglución que puede provocar deshidratación y desnutrición, complicaciones que afectan al 39 y al 32 % de los pacientes institucionalizados respectivamente. La **disminución de la seguridad** en la deglución puede provocar en este tipo de pacientes atragantamientos o aspiraciones, aumentando así el número de afectados al 75 %, lo que a menudo, conlleva infecciones y neumonías (el 31 % de los casos las padecen).^{6, 10}

Un estudio multi-céntrico evaluó a 360 pacientes, observando que muchos creían que su enfermedad era intratable, de modo que solo el 39 % de los pacientes tenía conocimiento de que su condición podía ser tratada. Por otro lado, el 84 % refirieron que comer era una experiencia agradable antes de su enfermedad. Sin embargo, después de padecer DO, solo el 45 % refería una sensación agradable durante las ingestas. El 41 % de los pacientes refirió ansiedad o pánico durante los momentos de la comida y el 36% manifestó que evitaba comer delante de otras personas.^{1, 6}

Al ser un síntoma, la disfagia se suele asociar a otros, a los que se les da una mayor importancia, razón por la que la disfagia pasa a un segundo plano quedando desatendida. Para la detección de la misma es necesario realizar una valoración integral individualizada. Una buena anamnesis acompañada de una correcta observación y exploración física de la capacidad de deglución pueden determinar las causas de la DO.^{3, 9} En el interrogatorio se tendrá en cuenta la actuación de los familiares ya que en ocasiones los propios pacientes no pueden colaborar en la misma.²

Debido a que mediante la anamnesis solo llegan a diagnosticarse la mitad de los casos, se recomienda la realización rutinaria del test MECV-V¹¹ en pacientes de riesgo ya que a través del mismo se puede detectar la disfagia. Se tendrán en cuenta la edad y el deterioro cognitivo y/o funcional.⁷

Si hablamos del apoyo familiar en este tipo de pacientes, este es escaso (inferior al 50 %) ¹⁰. Además, no se proporciona suficiente información a los cuidadores. A este respecto y para unos mayores beneficios del paciente, se recomienda poner énfasis en el adiestramiento e información por parte de los cuidadores.

Existe una elevada morbilidad y mortalidad en pacientes geriátricos a causa de complicaciones de la DO como la neumonía aspirativa, que presenta una tasa de mortalidad del 50 % ⁷. En estos casos, resulta de vital importancia la figura del cuidador principal, fundamentalmente en la prevención de las complicaciones, aspecto en el que enfermería puede contribuir a formar adecuadamente al cuidador.

Destaca la importancia del tema por las escasas publicaciones que existen, en las que se identifican los conocimientos y las necesidades educativas del cuidador principal antes de realizar una intervención, ya que, según un estudio, el 5 % de los cuidadores está totalmente desinformado sobre la enfermedad y la mitad no recibió información sobre la alimentación. ¹²

Se evidencia un bajo nivel de recursos materiales y humanos dedicados a la DO, ya que suelen dirigirse más al tratamiento de las complicaciones de la disfagia que al diagnóstico y tratamiento del problema primario, ocasionando así elevados costos para el sistema sanitario.⁵

Por todo esto es importante la toma de consciencia, por parte de los profesionales, de este problema y sus consecuencias,⁶ así como del diagnóstico y tratamiento de este síntoma, haciéndose necesaria la labor de enfermería para detectar los posibles casos de disfagia, evitando complicaciones y educando al paciente y a la familia en las distintas opciones terapéuticas, intervenciones que ayudarán al paciente a evitar

consecuencias indeseadas, a disfrutar de mejor calidad de vida y mayor socialización.¹³

La disfagia esta insuficientemente estudiada y la evidencia de las intervenciones siguen siendo débiles. Por ello, según algunos autores, el reto del futuro es aumentar el reconocimiento de la disfagia como un síndrome clínico y establecer un desarrollo y validación de las intervenciones específicas para las personas de edad avanzada tratando de mejorar la situación y el pronóstico de las mismas.¹⁴

En definitiva, la DO presenta un importante efecto negativo sobre la calidad de vida del paciente. Las complicaciones pueden evitarse con una detección precoz, técnicas de prevención, rehabilitación y un tratamiento dietético y nutricional adecuados.¹⁵

Enfermería juega un papel fundamental, en la prevención de las complicaciones, debido a que se constituye como el grupo profesional sanitario que más tiempo pasa con los pacientes.¹⁶ Por este motivo, hay que tener en cuenta la gran importancia que ejerce la figura de la enfermera en los cuidados, así como en la educación sanitaria para el buen manejo de la DO, la implicación de los cuidadores y mejorando, así, de la calidad de vida de los pacientes.

Objetivos

El objetivo general de este trabajo es elaborar un programa de salud sobre la disfagia orofaríngea dirigido a pacientes, familiares y/o cuidadores principales.

Entre los objetivos específicos encontraríamos:

- Establecer un plan de educación sanitaria tanto a pacientes como a sus cuidadores principales.
- Elaborar un plan de salud destinado a informar, dar a conocer y manejar distintos alimentos y texturas.
- Proporcionar herramientas, información y conocimientos para evitar complicaciones tales como deshidrataciones, desnutriciones,

atragantamientos, aspiraciones y neumonías en pacientes con disfagia.

Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed, Cuiden Plus, Cochane, Alcorze, TESEO y Repositorios de universidades. Para realizar dicha búsqueda se emplearon los siguientes Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS): «Deglutition Disorders», «Oropharyngeal dysphagia», «Aging», «Epidemiology», «Residency», «Health Nursing», «Geriatric Hospitals», «Hospital», «Geriatric Syndromes», «Caregivers», «Health Education», «Nursing», «Malnutrition», «Dehydration», «Pneumonia», «Treatment», «Manejo», «Disfagia», «Nutrición», «Aspiración», «Detección», «Diagnóstico» y «Ansiedad».

Tabla 1: Búsqueda bibliográfica I.

	Perfil de búsqueda	Registros obtenidos	Filtros/ limitadores	Artículos seleccionados	Artículos utilizados
Pub Med	Oropharyngeal dysphagia AND Aging	212	10 Years. Humas	6	1
Cuiden Plus	Disfagia.	80	-	15	6
Alcorze	Disfagia	180	Publicaciones revisadas por expertos.	16	7
	Detección and diagnóstico o or disfagia	14759	Texto completo. Español.	3	1

Scielo	Manejo AND Disfagia	47	-	4	1
	Hospital AND disfagia	59	-	3	2
	Disfagia AND nutrición.	39	-	2	1
Science direct	Disphagya oropharyngeal AND aspiration	2866	Year (2009). Journal.	7	1
Repositorio de Universidades	Disfagia. Disfagia and nutrición.	15	-	8	3
TESEO	Disfagia	9	-	1	1

Fuente: elaboración propia.

Tabla 2: Búsqueda bibliográfica II.

	Otras fuentes de información	Referencias bibliográficas
Páginas web	Instituto Nacional de estadística.	1
	Instituto Aragonés de Estadística.	1
Guías de práctica clínica	Guíasalud.	1
Libros	De la teoría a la práctica. El pensamiento de	1

	Virginia Henderson en el siglo XXI	
	Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica.	1
	NANDA/NIC/NOC	3
	Guía de diagnóstico y de tratamiento nutricional y rehabilitador de la Disfagia Orofaringea.	1
	Diseño de programas de salud. Análisis de la situación y programas de salud. Programación en salud comunitaria.	3
	Atlas de Anatomía	1
	Manual de primeros auxilios	1
Revistas electrónicas	Nutrición hospitalaria. Revista de enfermería. Revista Médica Clínica. Revista Rol de enfermería. Nutrición clínica y dietética hospitalaria.	5

Fuente: elaboración propia.

Criterios de inclusión: se seleccionaron los artículos publicados en los últimos 10 años, se utilizaron limitadores y priorizaron los propios de enfermería.

Como criterios de selección de los artículos científicos incluimos revisiones sistemáticas, estudios cualitativos, un estudio cuantitativo, protocolos, trabajos de fin de Grado y fin de Máster, planes de cuidados y programas de salud.

Se excluyeron todos los artículos sobre la DO de carácter estructural y aquellos referidos a pacientes pediátricos, así como todos aquellos artículos en los que los pacientes se encuentran en situación de desamparo social.

Además se obtuvo información proporcionada por la nutricionista del Hospital de Barbastro y la Directora de la Escuela de Enfermería de Huesca. A su vez también se contactó mediante correo electrónico con la autora del artículo «Identificación de conocimientos y necesidades educativas, sobre la disfagia, en el cuidador principal del paciente geriátrico» quien nos permitió la consulta y uso del mismo en su totalidad.

En la metodología del programa de salud nos hemos basado en la intervención enfermera denominada «Metodología educativa y beneficios del yogur en el cuidado de la disfagia», que nos ha servido como modelo para estructurar el nuevo programa de salud.¹⁷

La realización de un programa de salud presenta las siguientes etapas:
18,19,20

1. Análisis de la situación e identificación de problemas.
2. Establecimiento de prioridades.
3. Determinación de metas y objetivos.
4. Determinación de actividades y recursos.
5. Desarrollo del programa.
6. Evaluación.

Desarrollo

Para llevar a cabo el plan de salud se programarán sesiones teórico-prácticas de acuerdo con los protocolos sobre el diagnóstico de la disfagia orofaríngea.^{2,3} El proceso de planificación consta de los siguientes apartados:

1. Análisis de la situación e identificación de problemas.

La disfagia es un síntoma que lo padece principalmente la población anciana y que afecta casi al 50 % de los que se encuentran institucionalizados, por lo tanto, la disfagia en este tipo de pacientes puede resultar crónica.

En Aragón hay un total de 227 194^{21, 22} personas de entre 65 y 84 años (hombres y mujeres), siendo la quinta comunidad autónoma de España con más personas en esa franja de edad, y por lo tanto más posibilidades de padecer DO.

Según un estudio llevado a cabo por el servicio de medicina interna del Hospital de Txagorritxu existe una prevalencia de disfagia de entre el 10 y el 30 % de pacientes hospitalizados independientemente de la causa del ingreso; de un 15 % en mayores de 65 años; de un 45 % en mayores de 75 años y de entre un 56 y 78 % de los ancianos institucionalizados.

Las aspiraciones orofaríngeas son una de las complicaciones de la disfagia; provoca tasas de mortalidad de hasta el 50 % de los pacientes.²³

La disfagia es un problema de salud que afecta a gran cantidad de personas en el mundo, por ello en EE.UU. ha surgido la figura de la Dysphagia Nurse Specialist, quien se ocupa del entrenamiento específico a pacientes con disfagia y sus cuidadores.¹²

Este problema de salud es a menudo subestimado y supone un riesgo de complicaciones graves a corto, medio y largo plazo si no se trata de manera adecuada.

2. Establecimiento de prioridades.

La DO dificulta el día a día de las personas que la padecen en aspectos tan esenciales como la alimentación.

La magnitud del problema es extremadamente amplia ya que de la población anciana que presenta DO solo el 10 % está siendo tratado de forma correcta, dato alarmante de la gravedad de la situación. Además, debemos tener en cuenta la gran repercusión que provocan las complicaciones de la disfagia aumentando la morbimortalidad de los pacientes.^{2,12}

La evidencia disponible indica que la aplicación de programas de diagnóstico y tratamiento de la DO en pacientes vulnerables ocasiona una importante disminución de la morbimortalidad, ya que reduce la incidencia de neumonías por aspiración y mejora el estado nutricional.¹²

En lo referente al manejo de enfermos con disfagia sería necesario realizar una correcta y adecuada valoración de su capacidad de deglución. Métodos de valoración «a pie de cama» parecen ser útiles a la hora de detectar situaciones de riesgo, lo que proporciona mayores beneficios a los pacientes.²⁴

Del mismo modo se recomienda la existencia de un programa protocolizado de formación, detección e intervención dirigido fundamentalmente a los cuidadores principales por su evidente implicación en la alimentación.²⁴

Un programa de manejo formal y multidisciplinario para la disfagia puede ser beneficioso para promover la identificación temprana, un abordaje apropiado del problema y la prevención de las complicaciones. Todo esto, unido al apoyo por parte de las familias hacia los enfermos, con todos los recursos y el tiempo disponible para ello, establecerían unas condiciones ideales, y se podría evitar el agravamiento de los problemas derivados de la disfagia.¹⁰

Tras la revisión de documentos y proyectos sobre la educación en la disfagia no se han encontrado cuantiosos programas de salud. Así pues, este contratiempo nos ha impedido comprobar la efectividad del mismo al no estar llevado a la práctica todavía, derivando en una incapacidad de poder afirmar/objetivar que este proyecto pueda ayudar a aumentar la calidad de vida.²⁵

La identificación de los pacientes y sus cuidadores la llevará a cabo el médico correspondiente tanto en la consulta de geriatría como en las mismas unidades de hospitalización. Los test de disfagia los realizará la nutricionista del Hospital de Barbastro, la cual interpretará si existe evidencia de disfagia o no. Será llegado este punto cuando se les invitará a participar de manera voluntaria en las sesiones, estableciendo así nuestra población objeto para la posterior educación sanitaria y elaboración del programa de salud. Así pues, aquellos usuarios que accedan a participar, se les facilitará el consentimiento informado y la hoja de inscripción (Anexo I y Anexo II). Posteriormente se les comunicará mediante vía telefónica para la planificación de las sesiones.

Las sesiones del programa se realizarán en el propio Hospital de Barbastro. A lo largo de las sesiones se proporcionará información sobre el desarrollo de las mismas. Para desarrollar dichas sesiones será necesario un ordenador con proyector, un maniquí y la colaboración de la nutricionista y geriatra.

Debemos conseguir una mayor implicación familiar y/o de los cuidadores principales ya que se evidencian carencias en cuanto a la información de la que disponen, aumentando así la aceptación de la población.

3. Determinación de metas y objetivos.

- Aumentar el porcentaje de implicación familiar y el apoyo a los pacientes.
- Aumentar los conocimientos acerca del adecuado manejo de la disfagia.
- Facilitar información sobre el síntoma, proporcionando una buena educación sanitaria.
- Dar a conocer los diferentes tipos de dietas en la disfagia.
- Disminuir el temor y la ansiedad del paciente para ofrecerle un mayor bienestar.

4. Determinación de las actividades y recursos.

Para llevar a cabo el programa de salud se establecerá una reunión con la nutricionista y el responsable del servicio de geriatría del Hospital de Barbastro, en la que se solicitará su colaboración para la detección de nuestra población diana. Por otro lado, se deberá obtener una autorización para la utilización del salón de actos del hospital, así como la utilización de diferentes productos y materiales que se precisarán a lo largo del desarrollo del programa. (Anexo III)

Los contenidos de las sesiones serán precisos y se ajustarán a los conocimientos que se deben adquirir.

Se realizarán sesiones teóricas en las cuales pacientes y cuidadores principales dispondrán de información para conocer que es la disfagia, las dietas más recomendables y la forma de evitar posibles complicaciones; atragantamientos, el abordaje de la ansiedad y el temor. Se realizarán talleres prácticos de preparación de alimentos, lo mismos serán proporcionados (según acuerdo y autorización previos) por la responsable de la cocina.

Durante las sesiones se abordará los siguientes temas:

1. ¿Qué es la disfagia orofaríngea?
2. Detección, identificación de signos, síntomas y complicaciones.
3. Primeros auxilios: obstrucciones de la vía aérea.
4. Texturas y hábitos alimenticios.
5. Elaboración de un menú tipo.
6. Tolerancia del estrés relacionado con la disfagia orofaríngea y los problemas en la deglución.

Este programa de salud se llevará a cabo cuando se alcance una población diana con un número aproximado de 10 pacientes y sus cuidadores principales.

La evaluación de los conocimientos adquiridos en los talleres se realizará mediante un cuestionario al inicio de las sesiones y al final del programa de

salud (Anexo IV) junto con una encuesta de calidad sobre los talleres-sesiones impartidos (Anexo V) ambos documentos no han sido validados.

Las sesiones teórico-prácticas tendrán de duración variable que puede ser más flexible en función de las dudas que vayan surgiendo y del grado de dificultad de la sesión.

Se utilizará una presentación en PowerPoint y manuales o trípticos que ayuden y refuercen los conocimientos de los participantes.

Cronograma de las sesiones:

Tabla 3: Cronograma.

	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Semana 5,6,7,8, 9,10	Semana 11
Reunión con la responsable del servicio de geriatría y con la nutricionista del Hospital de Barbastro.						
Búsqueda y contacto con nuestra población diana. Hoja de inscripciones y consentimiento informado.						
Contacto telefónico para concertar el inicio de las sesiones.						

Preparación de las sesiones.						
Realización de las sesiones/talleres						
Encuesta de evaluación y control de calidad.						

Fuente: elaboración propia.

5. Desarrollo del programa.

Tabla 4: Sesión 1.

<p>Título: ¿Qué es la disfagia orofaríngea?</p> <p>Objetivo: Explicar los aspectos básicos de la disfagia orofaríngea.</p> <p>Fecha y hora: Semana 5 a las 6 de la tarde.</p> <p>Docentes: Nutricionista, geriatra y responsable del proyecto.</p> <p>Lugar: Salón de actos.</p> <p>Duración: 60'.</p> <p>Estructura: (Anexo VI)^{13, 15,26, 27}</p> <ul style="list-style-type: none"> - 10' Presentación de los docentes y cuestionario previo de evaluación. - 10' Definición de disfagia y tipos de disfagia. - 15' Fisiología de la deglución. - 10' Etiología de la disfagia. - 10' Fisiopatología de la disfagia. - 5' Vídeos sobre deglución. <p>Material para los talleres:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ordenador con proyector y conexión a internet. <p>Resultados: Los participantes comprenderán el concepto de disfagia así como su etiología y su fisiopatología.</p>

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 5: Sesión 2.

<p>Título: Detección e identificación de signos, síntomas y complicaciones.</p> <p>Objetivo: Explicar cómo detectar la disfagia, cómo reconocer los signos y síntomas y como evitar las complicaciones.</p> <p>Fecha y hora: Semana 6 a las 6 de la tarde.</p> <p>Docentes: Nutricionista, geriatra y responsable del proyecto.</p> <p>Lugar: Salón de actos.</p> <p>Duración: 45'.</p> <p>Estructura: (Anexo VII)^{11,13,15,28,29,30}</p> <ul style="list-style-type: none">- 15' Detección de la disfagia.- 15' Identificación de signos y síntomas de la disfagia.- 15' Métodos diagnósticos de la disfagia.- 15' Identificación y prevención de complicaciones. <p>Material para los talleres:</p> <ul style="list-style-type: none">- Ordenador con proyector y conexión a internet. <p>Resultados: Los participantes serán capaces de observar los signos y síntomas de la disfagia orofaríngea para poder realizar una detección prematura. Además, deberán ser conocedores de los diferentes métodos que existen para evidenciar la disfagia orofaríngea.</p> <p>Aprenderán cómo reconocer las distintas complicaciones y prevenirlas.</p>
--

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 6: Sesión 3.

<p>Título: Primeros auxilios: obstrucción de la vía aérea.</p> <p>Objetivo: Cómo actuar en caso de atragantamiento.</p> <p>Fecha y hora: Semana 7 a las 6 de la tarde.</p> <p>Docentes: Nutricionista, geriatra y responsable del proyecto.</p> <p>Lugar: Salón de actos.</p> <p>Duración: 60'.</p> <p>Estructura: (Anexo VIII)^{31, 32}</p> <ul style="list-style-type: none">- 15' Introducción y sintomatología.- 15' Obstrucción completa o parcial.- 30' Representación y taller práctico. <p>Material para los talleres:</p> <ul style="list-style-type: none">- Ordenador con proyector y conexión a internet.

- Maniquís para elaborar las maniobras de primeros auxilios.

Resultados: Participante y familiares deben ser capaces de detectar y realizar las maniobras pertinentes si se da una situación de atragantamiento.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 7: Sesión 4.

Título: Texturas y hábitos alimenticios.

Objetivo: En los pacientes: conocer la textura con la que se sienten más seguros. En los cuidadores: proporcionar medidas y técnicas para una buena alimentación.

Fecha y hora: Semana 8 a las 6 de la tarde.

Docentes: Nutricionista, geriatra y responsable del proyecto.

Lugar: Salón de actos.

Duración: 140'.

Estructura: (Anexo IX)^{6, 15, 23, 33, 34,35}

- 15' Encuesta GOOD LOOKING, EASY SWALLOWING³³
- 15' Antes de la alimentación.
- 15' Dieta.
- 20' Técnicas de alimentación.
- 10' Descanso.
- 15' Posición.
- 15' Medicación.
- 15' Después de la alimentación.
- 10' Tipos de consistencia.
- 15' ¿Qué se debe evitar?
- 5' Entrega del tríptico.

Material para los talleres:

- Ordenador con proyector y conexión a internet.

Resultados: Detectar las texturas y consistencias más eficaces y seguras a la hora de la deglución. Los cuidadores conocerán cómo manejar la alimentación y qué cuidados deben prestar.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 8: Sesión 5.

<p>Título: Elaboración de un menú tipo.</p> <p>Objetivo: Elaborar diferentes platos de comida con texturas tipo pudding.</p> <p>Fecha y hora: Semana 9 a las 6 de la tarde</p> <p>Docentes: Nutricionista y responsable del proyecto.</p> <p>Lugar: Salón de actos.</p> <p>Duración: 185'.</p> <p>Estructura: (Anexo X)</p> <ul style="list-style-type: none">- 180' Elaboración de 10 platos. <p>Material para los talleres:</p> <ul style="list-style-type: none">- Ordenador con proyector y conexión a internet.- Alimentos y espesantes. <p>Resultados: Adquirirán la destreza necesaria sobre la elaboración de distintos platos de comida.</p>

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 9: Sesión 6.

<p>Título: Tolerancia del estrés relacionado con la disfagia orofaríngea y los problemas en la deglución.</p> <p>Objetivo: Se proporciona información sobre distintas actividades e intervenciones para el manejo de la ansiedad.</p> <p>Fecha y hora: Semana 10 a las 6 de la tarde.</p> <p>Docentes: Responsable del proyecto.</p> <p>Lugar: Salón de actos.</p> <p>Duración: 60'.</p> <p>Estructura: (Anexo XI)^{16,36,37,38,39,40,41,42}</p> <ul style="list-style-type: none">- 40' Exposición de intervenciones.- 20' Preguntas. <p>Material para los talleres:</p> <ul style="list-style-type: none">- Ordenador con proyector y conexión a internet. <p>Resultados: Los pacientes serán capaces de controlar la ansiedad y el temor en el momento de las ingestas.</p>
--

Fuente: Elaboración propia.

6. Evaluación

En un programa de educación para la salud, la evaluación es esencial para valorar si nuestro programa de salud está siendo efectivo mediante las encuestas y para conocer si se han cumplido o no los objetivos marcados.

Los responsables de la evaluación del programa serán la nutricionista, geriatra y responsable del proyecto.

La evaluación del proceso se realizará de la siguiente manera: en la primera sesión se les facilitará a todos los participantes una hoja de evaluación de conocimientos previos a las sesiones. Esta misma hoja se proporcionará la semana número 11, de esta manera, podremos modificar y/o mejorar la metodología y los contenidos adecuándolos a las necesidades de los participantes, y por otro lado, nos permitirá conocer los resultados finales de nuestra intervención.

Además, se propondrá a los participantes que evalúen las sesiones para poder hacer un control de calidad del programa realizado, lo que nos aportaría información útil para la mejora de futuros proyectos.

El conjunto de todos estos datos dará lugar a la formación de conclusiones que muestren los aciertos y errores del programa de salud en el que estamos trabajando.

Conclusión

Podemos afirmar la escasa educación sanitaria no solo de los pacientes que padecen disfagia sino también por parte de los cuidadores principales y las familias.

Tras la revisión bibliografía realizada se demuestra la necesidad de proporcionar información y enseñar tanto para un abordaje correcto de la disfagia orofaríngea como para las correspondientes medidas preventivas y de actuación ante determinadas emergencias que puedan surgir.

La escasez de programas de salud para disfagia impide objetivar la mejoría de los conocimientos adquiridos por los asistentes.

Dicho programa se ha diseñado con el propósito de solventar los problemas derivados de la falta de información a un gran número de pacientes, ya que la disfagia orofaríngea presenta una alta prevalencia en la población.

El programa de salud resultante de este proyecto, permitiría a pacientes y familiares conocer el problema de salud, los síntomas de alarma y su manejo, y mejorar en definitiva la calidad de vida de los pacientes.

Con el proyecto desarrollado se abre una vía de desarrollo de nuevos programas sobre el abordaje de dicho síntoma, creando las bases de otros proyectos de mayor envergadura.

Bibliografía

1. Garrido Sierra L. Disfagia orofaríngea. revisión bibliográfica de su abordaje interdisciplinar e implicaciones dietéticas y nutricionales. [Trabajo fin de Grado en internet]. Universidad de Zaragoza; 2016[Citado 10 Ene 2017] 41p. Disponible en: <https://deposita.unizar.es/TAZ/FCSHUES/2016/29743/TAZ-TFG-2016-2942.pdf>
2. Gómez-Nussbaumer D. y Polanía E. Protocolo diagnóstico de la disfagia en el anciano. Medicine [Internet]; 2016: [Citado 10 Ene 2017];12(1):46-8p Disponible en: http://ac.els-cdn.com/S030454121600007X/1-s2.0-S030454121600007X-main.pdf?_tid=99fb895e-d4fc-11e6-80e0-00000aacb360&acdnat=1483809386_cf290c236dd22648f6c%23df060650df0
3. Egea Valenzuela J. Protocolo diagnóstico de la disfagia. Medicine [Internet]. 2012 [Citado 9 Ene de 2017];11(1):47-51p. Disponible en: http://ac.els-cdn.com/S0304541212702585/1-s2.0-S0304541212702585-main.pdf?_tid=82b56a1a-d75b-11e6-bd8b-00000aacb35d&acdnat=1484070051_5ab4e52c5ba625fa0cc83dec07168f94
4. Fernández-Getino Sallés C. Prevalencia de disfagia orofaríngea en ancianos institucionalizados y su relación con síndromes geriátricos. [Trabajo fin de master en internet]. Universidad de Catalunya; 2016 [Citado 9 Ene 2017].18p. Disponible en: <http://openaccess.uoc.edu/webapps/o2/bitstream/10609/55241/6/cfernandez-getinoTFM0916mem%C3%B2ria.pdf>
5. Pere Clavé. Disfagia orofaríngea en el anciano. Rev Esp Geriatr Gerontol [Internet]. 2012 [Citado el 9 Ene 2017];47(4):139-140p. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-disfagia-orofaringea-el-anciano-S0211139X12001217>
6. Sánchez Peláez M^a V. Disfagia orofaríngea en el anciano hospitalizado: prevalencia, métodos, diagnósticos y cuidados de

- enfermería. Nuber Científ [Internet]. 2015 [Citado 9 Ene 2017];2(15): 49-56p. Disponible en: <http://nc.enfermeriacantabria.com/index.php/nc/article/view/118/114>
7. Silveira Guijarro L. J., Domingo García V, Montero Fernández N, Osuna del Pozo C M.^a, Álvarez Nebreda L. y Serra-Rexach J. A. Disfagia orofaríngea en ancianos ingresados en una unidad de convalecencia. Nutr Hosp [Internet]. 2011[Citado 10 Ene 2017];26(3):501-510p. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v26n3/11_original_07.pdf
 8. Rodríguez Gil, F.J Martínez Prieto C. y de Prado Serrano R. Disfagia orofaríngea y trastornos motores esofágicos. Medicine [Internet]. 2012 [Citado el 9 Ene 2017]; 11(1):26-34p. Disponible en: http://ac.els-cdn.com/S030454121270255X/1-s2.0-S030454121270255X-main.pdf?_tid=ee104ef6-d760-11e6-b75d-00000aacb35d&acdnat=1484072379_ff5c3eeadea7a12160cf1cf431e29814
 9. Torres Camacho M.^a J, Vázquez Perozo M, Parellada Sabaté A, González Acosta M.^a E. Disfagia en ancianos que viven en residencias geriátricas de Barcelona. Gerokomos [Internet]. 2011[Citado en 9 Ene 2017]; 22 (1): 20-24p. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-928X2011000100004&script=sci_arttext&tlng=pt
 10. Botella Trelis J. J y Ferrero López M. I. Manejo de la disfagia en el anciano institucionalizado: situación actual. Nutr Hosp [Internet]. 2002; [Citado 9 Ene 2017]; 17(3): 168-174p. Disponible en: <http://www.nutricionhospitalaria.com/pdf/3321.pdf>
 11. Díaz Fernández A I, González Álvarez M^a A. Prevalencia de Disfagia tras Ictus. Visión desde Atención Primaria. SEAPA [Internet].2017;[Citado 4 de Abr 2017]; 5 (1): 38-56p.Disponible en:http://www.seapaonline.org/UserFiles/File/Revistas/Invierno%202017/RevistaRqR_Invierno2017_Disfagia.pdf
 12. Puertas Porrino N, Artal Francos M, Castaño Debón S, Aroca Alsina M. Identificación de conocimientos y necesidades educacionales, sobre la disfagia, en el cuidador principal del paciente geriátrico. Rev. Educare21 [Internet]. 2013[Citado 24 Ene 2017]; 11(1): 1-

- 6p. Disponible en: http://www.enfermeria21.com/encuentra-resultados/?option=com_encuentra&task=showResult&q=cuidador%20informal&search_type=10&id_pub_grp=0
13. Sánchez Peláez M^aV. Detección, diagnóstico y tratamiento de la disfagia orofaríngea funcional en el anciano hospitalizado: el papel de la enfermera. [Trabajo fin de Grado en internet]. Universidad de Cantabria; 2014 [Citado 10 Ene 2017] 52p. Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/5595/SanchezPelaezMV.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 14. Wirth R, Dziewas R, Beck A M, Clavé P, Hamdy S, Juergen Heppner H et al. Oropharyngeal dysphagia in older persons - from pathophysiology to adequate intervention: a review and summary of an international expert meeting. Clin Interv Aging [Internet]. 2016 [Cited 10 Ene 2017]; 11: 189-208p. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26966356>
 15. Clavé Civit P, García Peris P. Guía de diagnóstico y de tratamiento nutricional y rehabilitador de la Disfagia Orofaríngea. Barcelona: Glosa; 2011.p.1-210.
 16. Rodríguez Hernández AJ, Martín Ávila B. Abordaje multidisciplinar en el tratamiento de la disfagia. Rev. de enfermería ene [Internet]. 2008 [Citado 7 Feb 2017]; 2 (4):1-6p. Disponible en: <http://www.ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/167/150>
 17. De Torres Aured M^aL, López-Pardo Martínez M. Metodología educacional y beneficios del yogur en el cuidado. Nutr. Clín.Hosp. [Internet]. 2016 [Citado 8 Feb 2017]; 36 (4):148-158p. Disponible en: [http://revista.nutricion.org/PDF/DETORRES\[1\].pdf](http://revista.nutricion.org/PDF/DETORRES[1].pdf)
 18. Bueno Cavanillas A, García Martín M, Jiménez Moleón JJ, Lardelli Claret P. Diseño de programas de salud. En: Piédrola Gil y colaboradores. Medicina Preventiva y Salud Pública. 11a ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2008.p.1199-1208.
 19. Argimon Pallas JM, Comín Betrán E, de Peray Baiges JL. Análisis de la situación y programas de salud. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Atención Primaria, conceptos, organización y práctica clínica. 6a ed. Barcelona: Elsevier; 2008.p.323-344.

20. Ramos Calero E. Programación en salud comunitaria. En: Mompart García y colaboradores. Enfermería comunitaria II. Madrid: Ediciones DAE; 2009.p.530-540.
21. IAE: Instituto Aragonés de Estadística. [Internet].Aragón: IAE; 2015 [Actualizado Feb 2016; Citado 18 Feb 2017]. Disponible en: http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Organismos/InstitutoAragonesEstadistica/Documentos/docs/Areas/DatosBasic/2011_Actualizados/03_Poblacion.pdf
22. INE:INEBASE.[Internet]. España: INE; 2016 [Actualizado 14 Ene 2016; Citado 18 Feb 2017]. Disponible en : <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos16.pdf>
23. Barroso J. Disfagia orofaríngea y broncoaspiración. Rev Esp Geriatr Gerontol [Internet].2009 [Citado en 18 Feb 2017]; 44 (2): 22-28p. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-disfagia-orofaringea-broncoaspiracion-S0211139X09002170>.
24. Ferrero López M.I, Castellan-Vela E, Navarro Sanz R. Utilidad de implantar un programa de atención a la disfagia en un hospital de media y larga estancia. Nutr Hosp [Internet]. 2009 [Citado en 4 Abr 2017]; 24(5): 588-595p. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v24n5/original10.pdf>
25. Del Olmo García B. Disfagia post-ictus: guía rápida para tu día a día. A propósito de un caso. [Trabajo fin de grado en internet]. Universidad de Valladolid; 2016 [Citado a 30 Mar 2017] 38p. Disponible en: <http://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/17733/1/TFG-H444.pdf>
26. Nazar G, Ortega A, Fuentealba I. Evaluación y Manejo Integral De La Disfagia Orofaringea. Rev. Med. Clin. Condes [Internet]. 2009 [Citado 1 Feb 2017]; 20(4): 449 – 457p. Disponible en: http://www.clc.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2009/4%20julio/449_DISFAGIA_OROFARINGEA-9.pdf

27. Cabeza y Cuello. En: Gilroy Anne M, MacPherson BR, Ross Lawrence M. Atlas de Anatomía. 2ª Edición. Madrid. Ediditorial médica panamericana; 2013. p.476-620.
28. Isabel Ferrero M. García Gollarte J F. Botella Trelis J J. Juan Vidal O. Detección de disfagia en mayores institucionalizados. Rev. Esp Geriatr Gerontol [Internet]. 2012 [Citado 10 Mar 2017]; 47 (4):143-147p. Disponible en:
<http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-deteccion-disfagia-mayores-institucionalizados-S0211139X11003167>
29. Burgos R, Sarto B, Seguro H, Romagosa A, Puiggrós C, Vázquez C, Cárdenas G, Barcons N, Araujo K y Pérez-Portabella C. Traducción y validación de la versión en español de la escala EAT-10 (Eating Assessment Tool-10) para el despistaje de la disfagia. Nutr. Hosp [Internet]. 2012 [Citado 4 Mar 2017]; 27(6): 0-9p. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112012000600034
30. Luque Polo LM. Impacto de la detección de la disfagia en la incidencia por neumonitis por aspiración y en los marcadores bioquímicos de desnutrición en personas mayores hospitalizadas. [Tesis doctoral]. Universidad de Alcalá; 2011 [Citado en 7 Mar 2017]. 147p. Disponible en:
http://dspace.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/17063/Tesis_ML_Polo_Luque_%20CD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
31. Fernández Rodríguez L. Guía de actuación sanitaria para primeros intervinientes. [Trabajo Fin de Grado]. Universidad de Valladolid; 2014 [Citado en 11 Mar 2017]. 23p. Disponible en:
<http://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/4992/1/GUIA%20DE%20PRIMEROS%20AUXILIOS%20PARA%20PRIMEROS%20INTERVINIENTES.pdf>
32. Cruz Roja España. Manual de primeros auxilios. 10ª ed. Barcelona: cincotintas. 2016
33. Moreno C, García M, J, Martínez C. Análisis de situación y adecuación de dietas para disfagia en un hospital provincial. Nutr

- Hosp [Internet]. 2006 [Citado 24 Mar 2017]; 21 (1): 26-31p. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v21n1/original4.pdf>
34. Vaz Rodríguez J A, Díaz Estrella A. Disfagia en fase aguda del ictus. Rev Rol Enferm [Internet]. 2014 [Citado 29 Mar 2017]; 37 (7-8):514-518p. Disponible en: http://www.e-rol.es/articulospub/articulospub_paso3.php?articulospubrevista=37%287-8%29&itemrevista=514-518#
35. A de Luis D, Aller R, Izaola O. Menú de textura modificada y su utilidad en pacientes con situaciones de riesgo nutricional. Nutr. Hosp [Internet]. 2014 [Citado 2 Abr 2017]; 29(4):7p. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112014000400006
36. Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey Dochterman J, editors. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª Ed. Barcelona: Elsevier; 2009.
37. Aquilino ML et al, Moorhead S, Johnson M, L.Maas M, Swanson E, editors. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ªEd.Barcelona: Elsevier; 2009.
38. Luis Rodrigo, Mª T; Fernández Ferrín, C; Navarro Gómez. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 3ª Edición. Barcelona: Elsevier Masson, 2005.
39. Luis Rodrigo, Mª T. Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. 9ª Edición. Barcelona: Elsevier Masson; 2013.
40. Nanda Internacional: diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación, 2009-2011. Barcelona. Elsevier España, cop. 2010.
41. García Muñío R. Plan de cuidados de enfermería en el anciano con disfagia, a propósito de un caso clínico.[Trabajo fin de grado en internet]. Universidad de Zaragoza; 2016 [Citado a 1 Abr 2017] 24p. Disponible en: <https://zaguan.unizar.es/record/57437/files/TAZ-TFG-2016-659.pdf>
42. Bulbena Vilarrasa A, Casquero Ruiz R, Santiago Hernando MªL, Del Cura González MªI, Díaz del Campo P, Fontecha Cabezas M, García, et al. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes

con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Madrid. Agencia Laín Entralgo. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. 2008. 162p [Citado a 1 Abr 2017] Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_430_Ansiedad_Lain_Entr_c_ompl.pdf

Anexos

Anexo I: Modelo de consentimiento informado

Consentimiento informado

Fecha_____

Yo, _____, con documento de identidad _____,

certifico que he sido informado/a con la claridad y veracidad debida respecto al ejercicio académico del responsable del proyecto_____ al que me ha invitado a participar; que actúo consecuente, libre y voluntariamente como participante de las sesiones que se van a impartir sobre la disfagia orofaríngea aplicado a pacientes y cuidadores principales. Soy conocedor/a de la autonomía suficiente que poseo para retirarme u oponerme al ejercicio académico, cuando lo estime conveniente y sin necesidad alguna de justificación.

Fdo: Laura Palacio Cereza

Fdo: Participante

(Responsable)

Anexo II: Modelo de hoja de inscripción

HOJA DE INSCRIPCIÓN PARA LA REALIZACIÓN DEL CURSO: **"PROGRAMA DE SALUD SOBRE LA DISFAGIA OROFARÍNGEA** **APLICADO A PACIENTES Y CUIDADORES PRINCIPALES"**

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:

APELLIDOS:

EDAD:

D.N.I:

DIRECCIÓN:

CÓDIGO POSTAL: LOCALIDAD:

TELÉFONO:

DATOS DEL FAMILIAR/CUIDADOR PRINCIPAL

NOMBRE:

APELLIDOS:

EDAD:

D.N.I:

DIRECCIÓN:

CÓDIGO POSTAL: LOCALIDAD:

TELÉFONO:

Firma del responsable:

Firmas de los usuarios:

Anexo III: Modelo de autorización.

Barbastro, a _____ de ____ de 20_____

Sr Director/a de enfermería:

Como estudiante de 4º de Enfermería de la Escuela Universitaria de Huesca, estoy llevando a cabo mi trabajo fin de grado "Programa de Salud sobre la Disfagia Orofaringea aplicado a pacientes y cuidadores principales".

Para el desarrollo de dicho proyecto será necesario realizar unas sesiones teórico/prácticas durante un mes y medio con una periodicidad semanal.

Por ello, como responsable del proyecto, solicito autorización para la utilización del salón de actos del Hospital de Barbastro.

Por otra parte el desarrollo del programa requiere la utilización de diferentes productos y materiales para cuyo uso se solicita igualmente la correspondiente autorización.

Para cualquier aclaración o ampliación de información al respecto de este proyecto no dude en contactar conmigo.

Gracias de antemano.

Atentamente,

Laura Palacio Cereza

616023613.

Anexo IV: Modelo de evaluación de los conocimientos pre y post sesiones/talleres.

1. Etapas de la deglución:
 - a. Etapa de preparación oral y etapa oral.
 - b. Etapa faríngea y esofágica.
 - c. Etapa de preparación oral, faríngea y esofágica.
 - d. Etapa de preparación oral, etapa oral, faríngea y esofágica.
 - e. Ninguna de las anteriores es correcta.
2. ¿Sabe qué es la disfagia orofaríngea? (Si es que sí conteste la pregunta número 3.)
 - SÍ
 - NO
3. ¿Qué entiende por disfagia orofaríngea?
.....
.....
4. ¿Considera que la disfagia orofaríngea es un problema de gravedad?
¿Por qué?
.....
.....
5. ¿Cuáles son las posibles causas de la disfagia orofaríngea?
 - a. Neurológicas.
 - b. Neurodegenerativas.
 - c. Edad avanzada.
 - d. Obstructivas.
 - e. Todas son correctas.
6. ¿Cuáles son las complicaciones derivadas de la disfagia orofaríngea?
 - a. Desnutrición.
 - b. Deshidratación.
 - c. Atragantamiento.
 - d. Aspiraciones orofaríngeas.
 - e. Todas son correctas.
7. ¿Conoce el test MECV-V? Si es que sí conteste la pregunta número 8.
 - SÍ
 - NO

8. ¿Para qué se utiliza el test MECV-V?

.....

.....

9. ¿Se ha atragantado en alguna ocasión? Si es que sí conteste la pregunta número 10.

- SÍ
- NO

10.¿Qué hay que hacer cuando se está atragantando?

- a. Nada.
 - b. Animar a toser.
 - c. Dar golpes en la espalda.
 - d. La maniobra de Heimlich.
 - e. Todas son correctas.
- a. ¿Cree que padecer disfagia causa algún tipo de sentimiento negativo?
- SÍ
 - NO

USUARIOS QUE PADECEN DISFAGIA OROFARÍNGEA:

- b. ¿Se siente apoyado por su familia o cuidador principal?
- SÍ
 - NO

FAMILIARES/CUIDADORES PRINCIPALES:

- c. ¿Siente que apoya lo suficiente a la persona que tiene a su cargo?
- SÍ
 - NO

Se propone esta encuesta adaptada y específica para el programa de salud en cuestión, es una encuesta que no está validada.

Anexo V: Modelo de control de calidad post-sesiones.

1. ¿Cree que estas sesiones/talleres son necesarias?
 - SÍ
 - NO
2. ¿La extensión de las sesiones ha sido suficiente?
 - SI
 - NO
3. ¿Han sido suficientes los contenidos aportados?
 - SÍ
 - NO
4. ¿Se han comprendido con claridad los temas abordados durante las sesiones?
 - SÍ
 - NO
5. ¿Cree que los familiares/cuidadores principales han comprendido lo que significa padecer disfagia orofaríngea?
 - SÍ
 - NO
6. ¿Se siente seguro y capaz de afrontar alguna de las complicaciones de la disfagia orofaríngea?
 - SÍ
 - NO
7. ¿Cree que podrá utilizar la información proporcionada en las sesiones en un futuro?
 - SÍ
 - NO
8. ¿Considera importante la realización de cursos de forma más continuada sobre el tema?
 - SÍ
 - NO
9. ¿Recomendarías a otros usuarios la participación de dichas sesiones?
 - SÍ
 - NO
10. ¿Han aprendido algún aspecto novedoso sobre el tema?

- SÍ
- NO

Se propone dicho modelo de control de calidad post-sesiones, que permitiría conocer si los participantes creen que es útil nuestro proyecto. En el caso de utilizarse debe ser validado.

Anexo VI: ¿Qué es la disfagia orofaríngea?

La disfagia ^{13, 15,26, 27}

Definición: La disfagia se define como la sensación de dificultad en el avance de la comida desde la boca al estómago. Tiene una alta prevalencia en la personas mayores de 65 años y tiene consecuencias sociales y económicas además de una morbilidad significativa.

Esta sensación se puede deber a diversos factores: factores estructurales que entorpecen la progresión del bolo alimenticio (disfagias estructurales, mecánicas u obstructivas). Por otro lado, existen las alteraciones funcionales, denominadas disfagias orofaríngeas.

Tabla: Diferentes tipos de patología a las que puede asociarse la disfagia

DISFAGIA OROFARÍNGEA		DISFAGIA ESOFÁGICA
DISFAGIA FUNCIONAL	DISFAGIA ESTRUCTURAL	
Enfermedades del Sistema Nervioso Central: Daño Cerebral adquirido: <ul style="list-style-type: none"> • Accidente cerebro vascular. • Traumatismo craneoencefálico. • Anoxia cerebral. • Infecciones del Sistema Nervioso Central. • Otras encefalopatías. Enfermedades neurodegenerativas: <ul style="list-style-type: none"> • Demencias. • Enfermedad de Parkinson. • Esclerosis múltiple. • Esclerosis lateral amiotrófica. Enfermedades del Sistema Nervioso Periférico: <ul style="list-style-type: none"> • Neuropatías diabéticas, alcohólicas. • Lesión del nervio laríngeo. Enfermedades de la musculatura lisa o estriada implicada en la deglución: <ul style="list-style-type: none"> • Miastenia gravis. • Distrofias musculares. 	Tumores y neoplasias de cabeza y cuello y secuelas de los tratamientos aplicados: <ul style="list-style-type: none"> • Cirugía de resección. • Radioterapia. Malformaciones congénitas craneofaciales. Estenosis por ingesta de cáusticos. Traumatismos craneofaciales. Estenosis por osteofitos de columna vertebral cervical.	Su estudio y tratamiento corren a cargo del Gastroenterólogo.

Fuente: Sánchez Peláez M^aV. 2014.¹³



Figura: Partes de la cavidad bucal. Vista anterior ²⁷

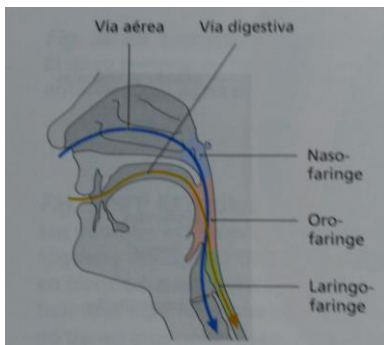


Figura: Organización de la cavidad bucal. ²⁷

Fisiología de la deglución: La deglución normal se clasifica en 4 fases:

Figura: Etapa de la preparación oral:
Tiene una duración variable y es voluntaria.
En esta etapa se prepara el bolo alimenticio a través de la masticación y de su mezcla con la saliva.²⁶

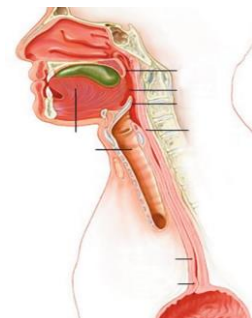




Figura: Etapa oral: dura un segundo y es de control voluntario, aquí se produce una elevación de la lengua y el bolo es impulsado hacia la parte posterior.²⁶

Figura: Etapa faríngea: es involuntaria y dura un segundo. Aquí se produce el cierre de rinofaringe (parte de la faringe contigua a las fosas nasales), apertura del esfínter esofágico superior, cierre de la glotis y ascenso laríngeo, propulsión lingual y contracción faríngea, todo esto permite guiar el bolo alimenticio desde la boca hacia el esófago superior.²⁶

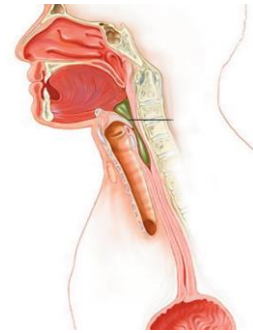


Figura: Etapa esofágica: es involuntaria y dura entre 6 y 8 segundos, permitiendo la apertura del esfínter esofágico inferior alcanzando el bolo alimenticio al estómago.²⁶

La deglución correcta depende del correcto funcionamiento de seis pares craneales. El 5º par; nervio trigémino, el 7º par; nervio facial, el 9º par; glosofaríngeo, el 10º par; nervio vago, el 11º par; nervio accesorio y el 12º par; nervio hipogloso. El fallo de alguno de ellos puede desencadenar en disfagia.

Etiología de la disfagia: El envejecimiento provoca cambios fisiológicos que pueden afectar a la deglución orofaríngea, principalmente en la etapa oral como son la pérdida de la dentición, el deterioro muscular y

la xerostomía. Los medicamentos también afectan en parte a la deglución, hay un grupo de fármacos que causa xerostomía, otros disminuyen la alerta del usuario y otros se asocian con esofagitis.

Existen una serie de patologías que pueden entorpecer la deglución como son; ACV, enfermedad de Parkinson, enfermedades degenerativas y las neoplasias. La instrumentación de la vía aérea también se asocia en pacientes sometidos a intubación orotraqueal por más de 48 horas. El reflujo gastro-esofágico (RGE) afecta negativamente la sensibilidad faringolaríngea, con lo cual podría producir trastornos en la deglución.

La etiología de la disfagia orofaríngea funcional se debe a dos grandes grupos de alteraciones: las de reflejo deglutorio y las de apertura del esfínter esofágico superior (EES).

Para realizar el **reflejo deglutorio** debe incluir tres grupos de acontecimientos

- La reordenación temporal de las estructuras orofaríngeas, desde la vía respiratoria en reposo hasta una disposición de la vía digestiva durante la deglución.
- La transferencia del bolo alimenticio desde la boca hasta el esófago.
- La posterior recuperación de la configuración respiratoria.

La adaptación orofaríngea durante la deglución está mediada por la apertura y el cierre de 4 importantes válvulas.

- El sello entre el paladar blando y la lengua (sello glosopalatino).
- El cierre de la nasofaringe mediante el ascenso del paladar blando (sello velofaríngeo).
- El vestíbulo laríngeo, cerrado mediante el descenso de la epiglotis.
- La apertura del esfínter esofágico superior.

Para realizar la **apertura del esfínter esofágico superior**:

- Interrupción del tono sobre el músculo cricofaríngeo, por lo que este no se contrae.
- Contracción de la musculatura que se inserta en el hueso hioides.
- Energía ejercida por el bolo alimenticio.
- La distensión del esfínter permitiendo la relajación del mismo.

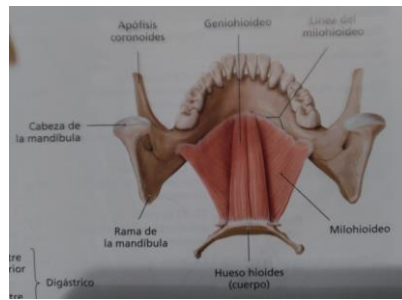


Figura: Músculos. Vista posterosuperior. ²⁷

Cualquier alteración tanto en el reflejo deglutorio como en la apertura del esfínter esofágico superior puede desencadenar disfagia orofaríngea.

Los grandes grupos de enfermedades que contribuyen a la apertura incompleta del EES son; la enfermedad de Parkinson, enfermedades neurológicas, neurodegenerativas o el envejecimiento, la fibrosis del EES.

Fisiopatología de la disfagia: El primer tramo del tubo digestivo está formado por músculo estriado (labios, lengua, orofarínge, esfínter esofágico superior, y la parte superior del esófago), músculo liso (parte distal del esófago y el esfínter esofágico inferior) y zonas de transición con ambos tipos de musculatura. La disfagia orofaríngea funcional se produce por la alteración en la vía que controla la acción de la musculatura estriada a este nivel.

Por tanto patologías tales como las del sistema nervioso central, que impiden un correcto funcionamiento de los pares craneales que intervienen en la deglución darán lugar a disfagia orofaríngea, así como el envejecimiento por el progresivo deterioro de las estructuras.

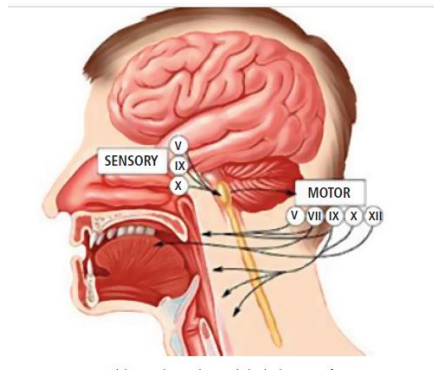


Figura: Control neurológico de la deglución Orofaringea. ²⁶



Figura: Pared esofágica. ²⁷

Anexo VII: Detección, identificación de signos, síntomas y complicaciones de la disfagia orofaríngea.

Detección: ^{13,28}

Para la detección de la disfagia nos deberemos de fijar en una serie de manifestaciones que se producen cuando la fase deglutoria esta alterada.

Si la etapa alterada es la preparación oral nos podremos encontrar con:

- Babeo, por un mal sellado labial.
- Ineficaz preparación del bolo alimenticio, por incorrecta masticación.
- Retención del alimento en los surcos gingivolabiales.

Si la fase que se ve alterada es la propiamente oral nos podemos encontrar con:

- Dificultad o imposibilidad de impulsar el bolo hacia el istmo de las fauces.
- Presencia de comida en la boca tras la deglución, ya que el bolo ha sido fragmentado pero no transportado en su totalidad.
- Incompetencia del esfínter palatofaríngeo, con paso de alimentos a las fosas nasales.
- Acúmulo de alimento en las valéculas (depresión mucosa situada en el ángulo entre la epiglotis y la base de la lengua) y por tanto riesgo de aspiración postdeglución.

Si la fase alterada es la faríngea:

- Retraso en el disparo deglutorio, que conlleva aspiración del contenido alimenticio a la vía aérea.
- Remanso de comida en la faringolaringe por incompetencia de los músculos constrictores de la laringe.
- Acumulación de alimento en la región retrocricóidea (región que actúa como el esfínter superior del esófago) y en los senos piriformes por dificultad en la relajación del esfínter esofágico superior.

La disfagia se observa a través de una serie de **signos y síntomas** como son:

- Babeo y dificultad para el control de la saliva.
- Dificultad para iniciar la deglución.
- Deglución fraccionada (característico de la disfagia).
- Regurgitación nasal.
- Tos postprandial.
- Carraspeo.
- Voz húmeda durante o post deglución. Disfonía.
- Residuos en la boca.
- Excesivo tiempo.
- Salida de alimentos por la traqueostomía en el caso de que sea portador de esta.
- Pérdida de peso progresiva.
- Pérdida de masa muscular.
- Picos febriles no filiados a otra causa, sin focos conocidos.
- Infección respiratoria de repetición.
- Problemas de masticación.
- Problemas en el habla y articulación dificultosa.
- Rechazo a la comida o la bebida (en personas con demencia u otras patologías suelen apretar los dientes).
- Rechazo a determinados alimentos.
- Dolor al tragar.
- Masticación dificultosa.
- Atragantamiento con determinadas consistencias.
- Sensación de atasco y necesidad de tragar en varias veces.

Para llegar a un diagnóstico certero de disfagia se realizaran una serie de test que confirmaran o no la presencia de disfagia orofaríngea. Considerando importante que paciente como familiares conozcan dichos métodos.

En primer lugar se pasará un **cuestionario** clínico al cual deberíamos someter al paciente o a sus cuidadores en el caso de que este no pudiese.

El EAT-10 (Eating Assessment Tool-10) permite evaluar los síntomas de la disfagia que el paciente percibe, realiza un cribado rápido con 10 preguntas y la persona contesta de manera subjetiva, la puntuación va de 0 (ningún problema para la deglución) a 4 (problemas importantes para la deglución).²⁹

Tabla: ítem EAT-10 Española

OBJETIVO	El EAT-10 le ayuda a conocer su dificultad para tragar. Puede ser importante que hable con su médico sobre las opciones de tratamiento para sus síntomas.
INSTRUCCIONES	Responda cada pregunta escribiendo en el recuadro el número de puntos.
A.- ¿Hasta qué punto usted percibe los siguientes problemas?	
1.- Mi problema para tragar me ha llevado a perder peso	
0 = ningún problema	
1	
2	
3	
4 = es un problema serio	
2.- Mi problema para tragar interfiere con mi capacidad para comer fuera de casa	
0 = ningún problema	
1	
2	
3	
4 = es un problema serio	
3.- Tragar líquidos me supone un esfuerzo extra	
0 = ningún problema	
1	
2	
3	
4 = es un problema serio	
4.- Tragar sólidos me supone un esfuerzo extra	
0 = ningún problema	
1	
2	
3	
4 = es un problema serio	
5.- Tragar pastillas me supone un esfuerzo extra	
0 = ningún problema	
1	
2	
3	
4 = es un problema serio	
6.- Tragar es doloroso	
0 = ningún problema	
1	
2	
3	
4 = es un problema serio	

Fuente: Díaz Fernández A I, González Álvarez Ma A.2017.¹¹

Además para realizar un buen diagnóstico será necesario la valoración de la cara, cabeza y cuello así como el estado cognitivo del paciente. También se debe realizar una exploración neurológica de los pares craneales tratando de detectar las posibles afectaciones relacionadas con la deglución, observando así la musculatura oral y orofaríngea, la tos y el manejo de secreciones, se provocarán los reflejos tusígeno, nauseoso y deglutorio, junto con la capacidad de imitar los movimientos de la cara, boca y la lengua.

Se debe explorar la cavidad oral mediante la apertura de la mandíbula, la competencia de los músculos de la masticación y cualquier alteración anatomo-fisiológica. La deglución sin bolo es otra de las exploraciones que se debe observar; la fase preparatoria y la oral, así como la capacidad de formar y mantener el bolo en la boca.

Será importante la realización de **test clínicos** para la valoración de la deglución con el alimento. Los dos test más conocidos son el test del agua y el de volumen-viscosidad (MECV-V); ^{13, 29}

- El test del agua consiste en la administración de volúmenes de agua preestablecidos y la observación de los posibles síntomas. Para llevar a cabo el test será necesario incorporar al paciente y colocarle un babero. Deberemos tener a mano un equipo de aspiración. La elaboración del test se lleva a cabo administrando una jeringa de 10 ml de agua y observando si aparece babeo, tos, disfonía o numerosas degluciones, cualquiera de estos síntomas determinaría como positiva la prueba. Esta prueba entraña el riesgo de aspiraciones por usar grandes volúmenes de líquido y de no detectar aspiraciones silentes.

Para detectar las aspiraciones se modificó el método, utilizando un pulsioxímetro para observar así las bajadas de saturación respecto a la basal, si hay una bajada del 2 % de oxigenación se considera que ha habido aspiración y si baja un 5 % o más se suspende la prueba.

En esta prueba se administran 4 veces 10 ml de agua y se finaliza con una toma de 50 ml. Es una prueba ventajosa por su sencillez al realizarla.

- *Standardized Swallowing Assessment (ASS)* es una modificación del test anterior en la cual previamente al test del agua se facilita un cuestionario en el que se evalúa lo siguiente:

1. Paciente despierto y alerta con respuesta al habla.
2. Paciente capaz de sostenerse incorporado, manteniendo la posición de la cabeza.
3. Paciente capaz de toser.
4. Paciente que traga su propia saliva.
5. Paciente capaz de mover los labios y que abra y cierre la boca.
6. Paciente capaz de mantener la saturación por encima del 90 %.
7. Paciente con la voz húmeda al pedirle que hable.

- Método de exploración clínica Volumen-Viscosidad (MECV-V). Este test consiste en administrar 3 viscosidades distintas (néctar, líquido y pudding) y a tres volúmenes diferentes (5, 10 y 20 ml) comenzando con la textura néctar a un volumen de 5 ml. Para llevarlo a cabo mantendremos al paciente incorporado y necesitaremos un sistema de aspirado y el pulsioxímetro. Con este método lo que conseguimos es detectar signos de disfagia e identificar cuales son el volumen y la viscosidad más adecuados para alimentar al paciente de manera segura y eficaz.

Los parámetros que se han de valorar para ver si existe una disminución de la seguridad son el cambio de voz, la tos y la desaturación de O₂. Mientras que en la eficacia se observa el sello labial, la presencia o no de residuo oral, la deglución fraccionada y el residuo faríngeo.

Para la preparación de las texturas se utiliza agua y espesante; en la textura tipo néctar son 100 ml de agua y una cucharada rasa (4,5 gr) de espesante, mientras que en la textura tipo pudding son 100 ml dos cucharadas rasas de espesante (9 gr). Siempre se debe poner el espesante y luego el agua ya que a la inversa no queda una textura uniforme.

El test se realiza de la siguiente manera: en primer lugar se administra la textura néctar al menor volumen, previa valoración de la saturación basal y de su timbre de voz. Si no existe alteración de la seguridad ni de la eficacia se pasa al siguiente volumen, en el momento en el que existe un parámetro modificado en la seguridad (cambios en la voz,

desaturación mayor del 3 % y tos) se pasa directamente a la viscosidad de pudding saltándonos el líquido, y si continúa habiendo alteraciones en la seguridad la prueba se suspende.

En el momento en el que el paciente presenta una modificación en la eficacia no se aumenta de volumen para esa viscosidad pero sí que se pasa a la siguiente viscosidad, determinando así el volumen y la viscosidad adecuada para alimentar al paciente.

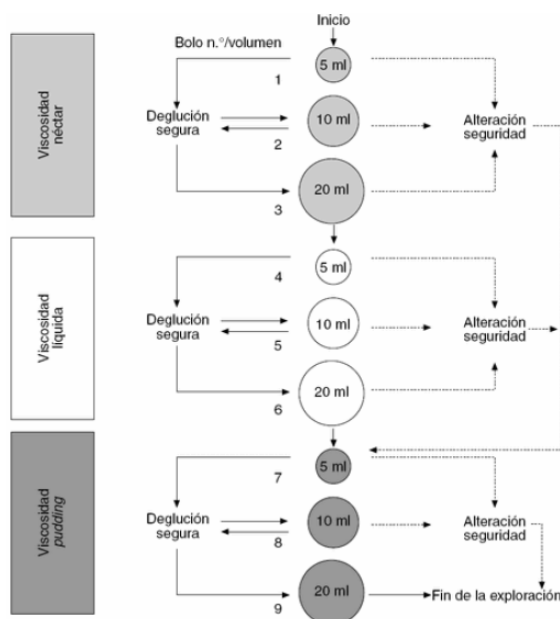


Figura: Guía de diagnóstico y de tratamiento nutricional y rehabilitador de la disfagia Orofaringea.¹⁵

El objetivo de realizar una explicación de los distintos test y cuestionarios diagnósticos de la disfagia orofaringea será que tanto el paciente como los cuidadores principales se familiaricen con ellos y tengan un mínimo de conocimiento.

En la disfagia existen una serie de **complicaciones** relacionadas con la seguridad como son las neumonías aspirativas y relacionadas con la eficacia como son la desnutrición y la deshidratación; todas deterioran la calidad de vida del paciente.¹⁵

Una disminución de la seguridad en la deglución va a producir un atragantamiento con obstrucción de la vía aérea, o más frecuente, una

neumonía por aspiración, que se produce por el paso al árbol traqueobronquial de una cantidad de secreciones contaminadas por bacterias patógenas ya sean orofaríngeas o del tracto digestivo. Estas complicaciones respiratorias suponen la principal causa de muerte en pacientes con disfagia orofaríngea ya que provocan una gran cantidad de infecciones respiratorias. La fisiopatología de la neumonía por aspiración requiere la existencia de tres elementos:

- Colonización orofaríngea por patógenos respiratorios.
- Disfagia orofaríngea con alteración de la seguridad y aspiración orofaríngea, especialmente grave la silente.
- Individuo vulnerable, inmunodeprimido, anciano o frágil.

Para llevar a cabo la prevención y el tratamiento de la neumonía aspirativa se aconseja:

- La administración de vacunas antineumocócica y antigripal.
- Abandono del hábito tabáquico.
- Cuidar la higiene oral (reduce la colonización de gérmenes virulentos y la incidencia de la neumonía).
- Utilizar la SNG solo cuando sea necesario.
- En nutrición enteral continuada durante 24 h se recomienda interrumpirla cada 8 h para restablecer el pH gástrico erradicando así las bacterias que responsables de la contaminación orofaríngea.
- Lavarse las manos antes y después del contacto con el paciente con clorhexidina y solución alcohólica.
- Evitar sedantes y fármacos que alteran la respuesta motora orofaríngea.
- Mantener una buena hidratación de la cavidad oral.
- Evitar antibioterapia innecesaria.

En cuanto a las complicaciones relacionadas con la eficacia; la desnutrición y la deshidratación estarán siempre presentes cuando hay disfagia.

La desnutrición provocará desde una ligera pérdida de peso hasta una afectación del compartimento magro empeorando así la capacidad de deglutir y disminuyendo la fuerza de los músculos deglutorios.

Para llevar a cabo la prevención de la desnutrición en la disfagia recomiendan observar la salivación, el estado de consciencia, el control postural, la higiene oral y el control de las secreciones orales y la realización del test del agua de manera frecuente. Además, deberemos pesar a nuestro paciente así como calcular su IMC y su habilidad para comer, su apetito y condición física y mental, todos estos factores nos llevaban a realizar una actuación dietética.

Tabla: Valores de referencia de los principales valores analíticos de desnutrición

	Valor normal	Desnutrición leve	Desnutrición moderada	Desnutrición severa
Albúmina (g/dl)	3.6-4.5	2.8-3.5	2.1-2.7	<2.1
Transferrina (mg/dl)	250-350	150-200	100-150	<150
Prealbúmina (mg/dl)	18-28	15-18	10-15	<10
RBP (mg/dl)	2.6-7	2-2.6	1.5-2	<1.5
Linfocitos(células/mm³)	>2000	1200-2000	800-1200	<800
Colesterol (mg/dl)	>180	140-179	100-139	<100

Fuente: Luque Polo LM. 2011.³⁰

Mientras que la deshidratación dará lugar a confusión mental, sequedad de la piel y las mucosas, disminución de la salivación, expectoración, disnea, agravando por tanto la capacidad de deglutir.

En cuanto a la prevención de la deshidratación deberemos evaluar la sequedad de la piel y las mucosas la diuresis y si hay o no hipotensión

ortostática. También deberemos controlar los fármacos que provocan xerostomía ya que se agravaría aún más la disfagia.

Tabla: Parámetros de laboratorio para evaluar el estado de hidratación

	Riesgo de deshidratación	Deshidratación
BUN/Creatinina	20:1-24:1	>25:1
Hematocrito	V:42-52% M:35-47%	V:>52% M:>47%
Osmolaridad sérica	280-300 mmol/kg	>300mmol/kg
Sódico sérico	135-145 meq/l	>150meq/l
Osmolaridad urinaria	700-1050mOsm	>1050mmol/kg
Densidad urinaria	1020-1029	>1029
Volumen de orina	800-1200cc/día	<800cc/día

Fuente: Sánchez Peláez M^a V. 2014.¹³

Se les enseñaran dichos valores de manera orientativa, para que sean conocedores de que existen datos que objetivan estas complicaciones.

Anexo VIII: Primeros auxilios: Obstrucción de la vía aérea.^{31, 32}

Introducción y sintomatología:

El sistema respiratorio está capacitado única y exclusivamente para aceptar elementos gaseosos. La introducción de cualquier cuerpo sólido o líquido implica la puesta en funcionamiento de los mecanismos de defensa, siendo la tos el más importante. La obstrucción de las vías respiratorias (atragantamiento) impide que la sangre de nuestro organismo reciba el oxígeno necesario para alimentar los tejidos, lo que implicará la muerte de los mismos.

La obstrucción de la vía aérea por un cuerpo extraño (como comida y otros objetos como prótesis dentales), es una causa importante de morbilidad y mortalidad. El atragantamiento suele ocurrir de forma rápida e inesperada, creando mucha angustia por la posibilidad de asfixia. Por ello es importante saber actuar ante esta situación.

La sintomatología va a depender del grado de afectación de la vía aérea, en un primer momento la persona que se atraganta suele llevarse las manos al cuello con sensación de ahogo, inicia tos y arcadas para intentar expulsar el cuerpo extraño, cuando son cuadros más graves se observa un compromiso importante de la vía aérea que se manifestara con tos ineficaz, incapacidad para hablar, labios y cara amoratada y pérdida de conocimiento.

¿Qué hacer y qué no hacer?

Lo más importante ante una situación así será mantener la calma para poder actuar de una manera adecuada Y desobstruir la vía respiratoria evitando así la muerte cerebral. La obstrucción de la vía aérea puede ser incompleta o completa y puede darse en personas conscientes o inconscientes.

Obstrucción incompleta:

El cuerpo extraño no tapa toda la entrada de aire, por lo que el intercambio de aire a nivel pulmonar será dificultoso pero se mantiene un mínimo paso de aire. Se pone en este momento en funcionamiento el mecanismo de defensa y la persona empieza a toser.

¿Qué hacer?

- Anímele a toser. Observamos que la tos es efectiva cuando:
 - Respuesta verbal, ya que las cuerdas vocales se mueven gracias a la vibración que produce el aire al respirar.
 - Tos fuerte.
 - Capaz de respirar antes de toser.
 - Totalmente reactivo, mostrándose agitado.
- Permanezca en esta situación hasta que expulse el cuerpo extraño o deje de toser/respirar, en ese momento se debe llamar al 112 y realizar las maniobras de reanimación.

¿Qué no hacer?

- No debe realizar ninguna maniobra (no se les debe golpear en la espalda, ya que se podría producir una obstrucción completa o introducirse más el cuerpo extraño).
- No tratar de sacar el cuerpo extraño a ciegas.

Obstrucción completa:

En este caso la persona no habla ni tose (tos inefectiva), indicando que no entra ni sale aire, por lo tanto no respira. Se manifiesta al llevar las manos al cuello y no puede explicar lo que le pasa, emiten sonidos afónicos, incapacidad de vocalizar, tos silente, gran excitación ya que son conscientes de que no respiran, si a situación se prolonga aparece cianosis y disminución de la conciencia

La actuación de la persona que presta los primeros auxilios será distinta si la víctima está consciente o inconsciente.

Actuación en caso de la víctima consciente:

- Con rapidez.
- Dar cinco golpes en la espalda, siguiendo estos pasos:
 - Sosténgale el tórax con una mano e incline bien a la víctima hacia delante, de manera que en el caso de que se consiga movilizar el objeto que obstruye la vía aérea, lo expulse por la boca y no progrese más en la vía
 - Colóquese a un lado y ligeramente por detrás de la víctima.
 - Sosténgale el tórax con una mano e incline bien a la víctima hacia delante, de manera que en el caso de que se consiga movilizar el objeto que obstruye la vía aérea, lo expulse por la boca y no progrese más en la vía aérea.
 - Dele hasta cinco golpes interescapulares (entre los hombros) bruscos con el talón de su otra mano.
 - Compruebe si cada golpe en la espalda ha aliviado la obstrucción de la vía aérea.
- Si no se resuelve dar cinco compresiones abdominales mediante la maniobra Heimlich que tiene como objetivo empujar el cuerpo extraño hacia la tráquea y por consiguiente hacia la salida mediante la expulsión del aire que llena los pulmones. Esto se consigue efectuando una presión en la boca del estómago (abdomen) hacia adentro y hacia arriba para desplazar el diafragma, comprimiendo así los pulmones aumentando la presión del aire contenido en las vías respiratorias provocando tos artificial. Se realiza de la siguiente manera
 - Se coge al individuo por detrás y por debajo de los brazos. Colocar el puño cerrado 4 dedos por encima de su ombligo, justo en la línea media del abdomen. Colocar la otra mano sobre el puño. Inclinar al paciente hacia delante y efectuar una presión abdominal centrada

hacia adentro y hacia arriba aproximadamente de cinco veces provocando una tos artificial.



Figura: Maniobra Heimlich.³¹

- Si la obstrucción persiste, continúe alternando cinco golpes en la espalda con cinco compresiones abdominales.
- Seguir con la maniobra hasta conseguir la tos espontánea o hasta la pérdida de conocimiento.
- Continuar evaluando el agravamiento hacia una tos ineficaz o hasta que la obstrucción se haya resuelto.

En caso de pérdida de conocimiento:

- Se coloca al paciente en posición de soporte vital básico (tumbado boca arriba, en un plano duro y liso), con la cabeza ladeada.
- Active la ayuda sanitaria 112.
- Ante la progresión no favorable de la obstrucción se debe comenzar las maniobras de reanimación cardiopulmonar RCP, esto lo realizará personal entrenado, ya que en esta sesión no se explicará cómo realizar una RCP.

TRATAMIENTO OBSTRUCCIÓN VÍA AÉREA POR CUERPO EXTRAÑO (OVACE) EN ADULTO

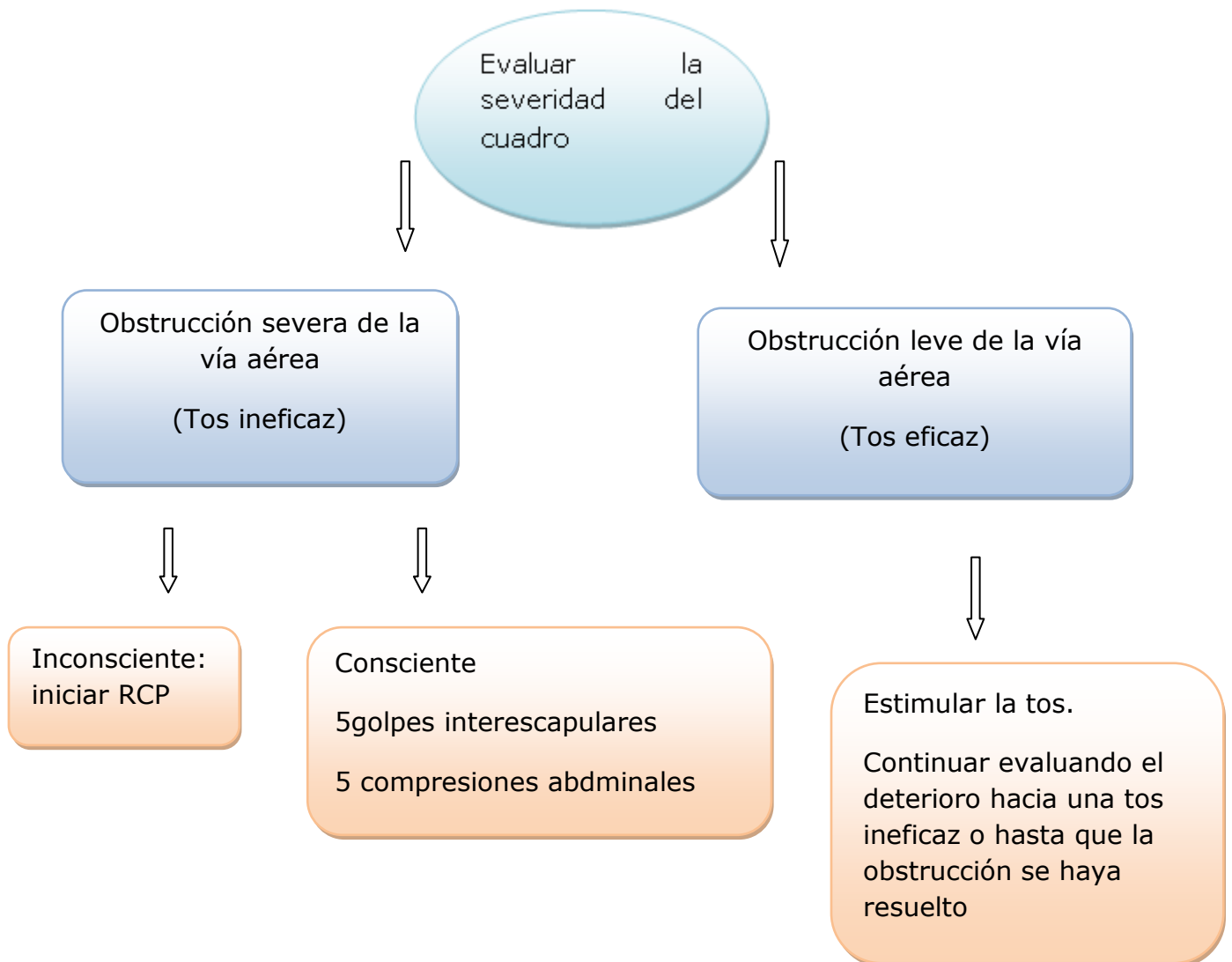


Figura: OVACE (Obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño).
Elaboración propia.

Anexo IX: Texturas y hábitos alimenticios.

- Encuesta: GOOD LOOKING, EASY SWALLOWING ³³

1. ¿Cuál es la correcta TEXTURA para las comidas?
 - ☐ Troceado pequeño.
 - ☐ Fácil masticación.
 - ☐ Triturado sin grumos.
2. ¿Cuál es la correcta CONSISTENCIA para bebidas, salsas sopas?
 - ☐ Poco espeso.
 - ☐ Espeso
3. Hay otras comidas específicas que también sea SEGURA para estas personas.
 - ☐ No.
 - ☐ Si afirmativo especifique:
.....
.....
4. Hay específicamente comidas o texturas que deban ser EVITADAS.
 - ☐ No.
 - ☐ Si afirmativo especifique:
.....
.....
5. ¿Cómo debe ser COLOCADA la cabeza, cuello y cuerpo para comer?
Describe:.....
.....
6. ¿Hay APARATOS o EQUIPAMIENTOS para ayudar a autoalimentarse, tragar o colocarse?
 - ☐ No.
 - ☐ Sí.
7. Es el paciente supervisado por un familiar en caso de ASPIRACIÓN o ATRAGANTAMIENTO.
 - ☐ No.
 - ☐ Sí.
8. Es necesario tener un ASPIRADOR a la hora de comer.
 - ☐ No.

☐ Sí.

9. ¿Qué NIVEL DE ALERTA ES adecuado para esta persona para comenzar a comer?

Describe:.....
.....

10. ¿Cuál es la RUTINA individual del paciente para TRAGAR a la hora de las comidas?

Describe:.....
.....

11. ¿Dónde come la persona?

Describe:.....
.....

¿Hay precauciones que se necesita tomar para reducir distracciones?

☐ No.

☐ Si afirmativo especifique:

.....
.....

12. ¿Hay SUPLEMENTOS para ser tomados con las comidas?

☐ No.

☐ Si afirmativo especifique:

.....
.....

¿Se necesita MODIFICAR las texturas?

☐ No.

☐ Si afirmativo especifique:

.....
.....

13. ¿Hay algún MOMENTO PELIGROSO cuando la persona deja de comer o de beber?

☐ No.

☐ Si afirmativo especifique:

.....
.....

14.¿Hay un procedimiento de HIGIENE BUCAL para realizar al final de la comida?

☐ No.

☐ Si afirmativo especifique:

.....
.....

15.Necesita el paciente permanecer vertical durante un tiempo después de comer para reducir el riesgo del REFLUJO.

☐ No.

☐ Si afirmativo especifique ¿cuánto tiempo?:

.....
.....

Mediante la encuesta GOOD LOOKING, EASY SAWALLOWING valoramos la utilidad de la dieta, las características que tiene, el empleo o no de espesantes para líquidos, aguas gelificadas, y las medidas que se aplican para prevenir complicaciones. Esta encuesta nos permitirá saber si durante el transcurso del programa han modificado sus hábitos y por tanto mejorado su alimentación.

- Hábitos alimenticios ^{6,15, 23, 34}

- Antes de la alimentación:

- Comprobar la capacidad del paciente para comunicar cualquier problema o dificultad al tragar.
- Realizar una higiene oral ya que puede estimular la secreción de saliva y el sabor.
- Proporcionar un ambiente tranquilo, relajad y sin distracciones.
- Comprobar que la persona se encuentra alerta y receptiva, que haya descansado bien y no tenga dolores de ningún tipo.
- Si el paciente presenta xerostomía se debe tratar de ofrecer bebidas y/o alimentos ácidos antes de las comidas para estimular la secreción de la saliva. Si por el contrario la presencia de secreciones densas resulta problemático, se deben ofrecer enzimas proteolíticas como la papaína (contenida en la papaya) antes de las comidas.

- Dieta:
 - Para llevar a cabo una deglución segura la textura debe ser homogénea.
 - Para una mejor deglución, se debe formar un bolo alimenticio de buena calidad sensorial (buena temperatura, sabor y densidad).
 - Iniciar la alimentación con cantidades pequeñas (permitir al paciente oler y probar).
 - Es importante ofrecer dietas hipercalóricas y nutritivas para compensar la ingesta disminuida y el esfuerzo físico necesario para comer y beber.
- Técnicas de alimentación:
 - El cuidador que alimenta debe sentarse a la misma altura o ligeramente por debajo del nivel de los ojos del paciente.
 - La cuchara debe entrar en la boca en posición horizontal.
 - Se esperará a que la boca esté vacía antes de dar la siguiente cucharada.
 - Se debe comprobar que no quedan restos en la boca.
 - Debe evitarse que el paciente hable mientras come.
 - Evitar tocar los dientes del paciente o colocar el alimento en el fondo de la boca. Si lleva prótesis dentales deben estar bien colocadas y ajustadas aunque se aconseja que coma sin ellas.
 - Dar el tiempo necesario para realizar el proceso de alimentación
 - Animar al individuo a que tosa después de tragar.
 - Se pueden facilitar materiales adaptados para evitar la extensión del cuello. Utilizar vasos de boca ancha.
 - Si el paciente se fatiga a la hora de comer es recomendable realizar seis pequeñas comidas al día y/o hacer la comida principal antes de lo habitual.

- Posición:
 - El individuo que padece disfagia debe sentarse recto (a 90° de flexión de cadera y rodillas) los pies planos en el suelo o en un soporte, la cabeza ligeramente flexionada y la barbilla hacia abajo.
 - Si existe cabecero reclinable, se debe colocar al individuo en posición de Fowler (45-60°) con la cabeza y cuello apoyados, y el cuello ligeramente flexionado.
- Medicación:
 - Depende de la patología, en ocasiones es conveniente hacer coincidir el pico de acción del fármaco con las comidas.
 - Debemos asegurar junto al médico o farmacéutico sobre el método de administración más apropiado para cada caso, sobre cuál es la mejor posición así como cuáles son las consistencias más apropiadas de los alimentos que los acompañan.
- Después de la alimentación:
 - Comprobar la boca del paciente por si se ha quedado comida, y realizar la higiene bucal y los cuidados pertinentes.
 - Mantener al paciente incorporado entre 30 y 60 minutos después de las comidas.
- Tipos de consistencia:
 - Líquida: agua, infusiones, café, refrescos, etc.
 - Néctar: textura similar a la del zumo de tomate o de melocotón. Cuando se vierte cae en forma de líquido grueso. La proporción estándar para conseguir una textura tipo néctar sería por cada 100ml un cazo raso de espesante.
 - Miel: similar a la densidad de la miel, cuando se vierte cae a gotas gruesas.
 - Pudding: textura de la cuajada o del flan, no se puede beber, y conserva la forma al cogerlo con una cuchara. La proporción

estándar para conseguir una textura tipo néctar sería dos cazos rasos de espesante por cada 100 ml.

- En función de las marcas comerciales tenemos varios tipos de espesante en España cuyas proporciones varían ligeramente de unas marcas a otras.

Tabla: Tipos de espesantes en el mercado español.

<i>Módulos de espesantes en el mercado español</i>			
<i>Nombre</i>	<i>Formato</i>	<i>Ingredientes</i>	<i>Información nutricional 100 g</i>
Espesante NM	Sobres 6,5 g Botes 300 g	Almidón de maíz	368cal, 2 g proteínas, 90,8 g HC, 60 mg grasas
Multi-thick	Bote 250 g	Almidón de maíz	366cal, 0,38 g proteínas, 90,9 g HC, 0,11 g grasa
Nutillis	Bote 225 g Sobres 9 g	-	333 cal, proteínas -, 82,8 g HC, grasa -
Resource espesante	Bote 227 g Sobre 6,4 g	-	356 cal, proteínas-, 89 HC, grasas -
Resource espesante sabor naranja	Bote 400 g	-	369 cal, proteínas 0,2 g, 91,8 g HC, grasas 0,1 g, fibra 0,2 g
Vegenat Med espesante	Bote 227 g Sobres 9 g	Almidón modificado	368 cal, proteínas 0,13 g, 92 g HC, grasa -
Vegenat Med espesante instant	Bote 450 g	Almidón modificado	358 cal, proteínas 0,67 g, 88,8 HC, grasas -
Thick & Easy	Bote 225 g Sobres 9 g	Almidón maíz	373 cal, 0,4 g proteínas, 92,6 g HC, grasas -
Nutavant	Bote 250 g	Almidón maíz	344 cal, proteínas 85 g HC, grasas -

HC: hidratos de carbono.

Fuente: A de Luis D, Aller R, Izaola O.2014 ³⁵

- ¿Qué se debe evitar?
 - Alimentos y bebidas a temperaturas extremas.
 - Volúmenes excesivos en las cucharas.
 - Jeringuillas para administrar los alimentos ya que no permiten objetivar si ha finalizado la deglución.
 - El uso de pajitas. Según el Dr. Clavé, está totalmente desaconsejado, mientras que otros autores como Camarelo lo aconsejan argumentando que limita el volumen de los líquidos y el descanso entre ellos disminuye el riesgo de aspiración. Por lo tanto, el grado de disfagia del paciente será lo que limite la ingesta de líquidos en pajita.

- La leche ya que puede producir mucosidad excesiva.
 - Productos que se derritan en la boca convirtiéndose en líquidos no densos.
 - Alimentos que contengan texturas mixtas (caldos con pasta, leche con cereales, etc.).
 - Alimentos secos y duros que se desmenucen (frutos secos, patatas de bolsa, tostadas, etc.).
 - Alimentos en grano.
 - Alimentos fibrosos (espárragos, alcachofas, piña, etc.).
 - Alimentos que requieren mucha masticación.
 - Alimentos con pieles o semillas (guisantes, tomate, uvas, etc.).
 - Alimentos pegajosos (caramelos, plátanos, bollería, etc.).
 - Alimentos resbaladizos (pasta, guisantes, arroz, etc.).
 - Alimentos que desprenden o se funden en agua en boca (sandía, naranja, helados, etc.).
-
- Entrega de tríptico tipo.

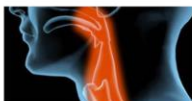
Recomendaciones para personas con disfagia Orofaringea

¿Qué es la Disfagia?

Dificultad o imposibilidad para la deglución.

Síntomas

- Atragantamientos frecuentes.
- Babeo frecuente.
- Cambios en la voz coincidiendo con las comidas.
- Mantener la comida en la boca y comer muy despacio.
- Desinterés por la comida y ansiedad a la hora de las mismas.
- Necesidad de tragar varias veces para poder tomar una misma cucharada.



1

Técnicas de alimentación

- El cuidador que va a dar de comer se debe colocar a la altura de sus ojos o por debajo de ellos.
- La cuchara debe entrar en la boca de manera horizontal.
- Esperar a que la boca este vacía antes de dar una nueva cucharada.
- Evitar tocar los dientes o colocar el alimento al fondo de la boca.
- Prótesis dentales bien colocadas y ajustadas.
- Animar a que tosa después de tragar.
- Materiales adaptados para la extensión del cuello.
- No hablar mientras come.
- Dar el tiempo necesario para que coma.
- Si el paciente se fatiga es recomendable realizar 6 comidas pequeñas al día.
- Comprobar si hay restos de comida en la boca.

3

¿Qué se debe evitar?

- Temperaturas extremas.
- Volúmenes en las cucharas excesivos.
- NO usar jeringuillas para administrar alimentos.
- Uso de pajitas en función de TOLERANCIA del paciente.
- Leche → excesiva mucosidad.
- Alimentos con texturas mixtas (ej: caldos con pasta).
- Productos que se derriten en la boca formando dobles texturas (Sandia).
- Alimentos secos y duros que se desmenucen (ej: frutos secos, tostadas etc).
- Alimentos en grano.
- Alimentos fibrosos (ej: espárragos etc).
- Alimentos que requieren mucha masticación.
- Alimentos con pieles y semillas (ej: guisantes, etc).
- Alimentos pegajosos (ej: caramelos etc).
- Alimentos resbaladizos (ej: arroz).

5

Antes de la alimentación

- Comprobar la capacidad del paciente para comunicarse.
- Realizar una higiene oral.
- Ambiente tranquilo y relajado.
- Que la persona se encuentre alerta y receptivo.
- Ante xerostomía ofrecer bebidas/alimentos ácidos.



Dieta

- Textura HOMOGÉNEA.
- Tamaño del bolo adecuado.
- Buena temperatura, sabor y densidad.
- Inicialmente cantidades pequeñas.
- Recomendable dietas hipercalóricas y nutritivas.



2

Posición

- Sentarse en ángulo de 90°, la CABEZA ligeramente flexionada y la barbilla hacia abajo.



Medicación

- Asegurar el método de administración de los fármacos más apropiado.
- En dependencia de la patología hacer coincidir el pico de acción del fármaco en las principales comidas.



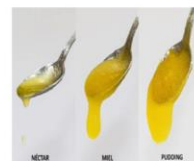
4

Después de la alimentación

- Comprobar la boca del paciente por si se ha quedado comida y realizar la higiene bucal.
- Mantener al paciente incorporado 30-60 minutos tras la comida.

Tipos de consistencia

- Líquida, como el agua, infusiones, café, refrescos, etc.
- Néctar, similar al zumo de melocotón
- Miel, similar a la densidad de la miel.
- Pudding, es similar a la cuajada o el flan, esta última no se puede beber, al cogerlo con una cuchara conserva su forma.



6

Anexo X: Elaboración de un menú tipo.

<u>Menú tipo</u>
<i>Aperitivo</i>
Guacamole
Copa de briox con espárragos y briox con pimienta
Langostino con mayonesa
<i>Comida</i>
Paella
Hamburguesa de ternera con cebolla
Gelatina de piña con cava
Café irlandés
<i>Merienda</i>
Pan con tomate y jamón
<i>Cena</i>
Sándwich de jamón y queso
Gazpacho especial

Fuente: Nutricionista del Hospital de Barbastro.

APERITIVO	Descripción	Cálculo nutricional (por ración)	Ingredientes	Elaboración:
Guacamole para dos personas	Se trata de un aperitivo en el que todos los ingredientes se utilizan en crudo, conservando así la mayor parte de vitaminas y minerales. Es importante utilizar el tomate sin pepitas para conseguir una textura homogénea. El limón evita que se ennegrezca el guacamole.	Energía: 114,622kcal. Proteínas: 2,10g. Hidratos: 7,05g. Grasas: 8,63g.	1 pieza de aguacate. 1 pieza de tomate cortado a dados, pelado y sin pepitas. 30g de cebolla tierna. 1 cucharada de cilantro picado. 1 cacito de espesante Thick & Easy. 1 cucharada de zumo de limón. 1 pizca de sal.	-Triturar todos los ingredientes hasta conseguir una textura fina y homogénea. -Servir en frío.
Copa de briox con espárragos y briox con pimiento para dos personas	El pimiento rojo enlatado puede ser sustituido por pimiento asado	Energía: 247,77kcal. Proteínas: 3,48g. Hidratos: 7,78g. Grasas: 21,86g.	<i>Ingredientes para dos personas:</i> 100g de briox. 200ml de agua. 50g de mayonesa con aceite de oliva. 5g de pimiento rojo asado enlatado.	-En un recipiente para túrmix, verter 50g de briox, 100ml de agua, 25g de mayonesa, las dos puntas de espárragos, 10g de atún y un cacito de espesante. -Triturar bien hasta conseguir una crema fina. Añadir medio cacito de espesante y seguir triturando hasta obtener una mezcla homogénea. -Reservar.
			20g de atún en conserva. 3 cacitos de espesante Thick & Easy. 20g de puntas de espárragos.	-Verter en un bol para túrmix 50g de briox, 100ml de agua, 25g de mayonesa, 10g de atún, 5 g de pimiento y un cacito de espesante. -Triturar bien hasta conseguir una crema fina. Añadir medio cacito de espesante y seguir triturando hasta obtener una mezcla homogénea. -Reservar. -Servir en una copa vertiendo primero la crema de pimientos y encima la de espárragos.
Langostino con mayonesa para dos personas	Se recomienda utilizar un tipo de gamba cocida que sea al toque de sal para que aporte un mejor sabor a la preparación.	Energía: 610,19 kcal. Proteínas: 28,21g. Hidratos: 4,23g. Grasas: 53,45 g.	100ml de agua. 1 cacito de espesante Thick & Easy. 1 pizca de sal. 60g de mayonesa con aceite de oliva. 300g de langostino entero cocido.	-Pelar los langostinos. Reservarlos pelados. -Triturar los langostinos con el resto de ingredientes hasta obtener una textura fina y homogénea. -Servir en frío.

COMIDA	Descripción	Cálculo nutricional (por ración)	Ingredientes	Elaboración:
Paella para una persona	Es un primer plato calórico, con gusto muy tradicional que puede despertar el apetito del paciente. Es un plato de "fiesta" para sentirse integrado con su familia.	Energía: 560,12kcal. Proteínas: 5,74g. Hidratos: 44,52g. Grasas: 39,90g	50g de arroz. 10g de pimienta verde. 250ml de caldo para paella. 1 cacito de espesante Thick & Easy. 350ml de agua. 3 cucharadas de aceite de oliva suave.	-Colocar un cazo en el fuego con 2 cucharadas de aceite y el pimienta verde troceado. Sofreír. Añadir 150ml de agua y el caldo. Llevar a ebullición. -Añadir el arroz y remover. Dejar cocer 10 minutos a fuego vivo y 10 a fuego lento o hasta que el arroz este bien hecho. Retirar del fuego y dejar reposar unos minutos. -Para hacer la crema, verter el arroz en un vaso para "turmix", añadir 200ml de agua, un cacito de espesante y una cucharada de aceite de oliva suave. -Triturar bien y servir.
Hamburguesa de ternera con cebolla para una persona	A esta receta se le podría añadir una cucharadita de queso parmesano rallado.	Energía: 610,83 Kcal. Proteínas: 22,67g. Hidratos: 12,57g. Grasas: 52,17g	100g de hamburguesa de ternera. 60g de cebolla tierna. 200ml de agua. 2 cacitos de espesante Thick & Easy. 1 pizca de azúcar blanco. 4 cucharadas de	-Cortar la cebolla en juliana, colocarla en una sartén con 3 cucharadas de agua, 3 cucharadas de aceite y una pizca de azúcar. Dejar cocer a fuego medio hasta que queden caramelizadas. -Saltear la hamburguesa en una sartén con una cucharada de aceite. Una vez esté hecha verterla en un recipiente para "turmix" con el resto de ingredientes. -Triturar hasta conseguir una textura fina sin trozos. -Servir un poco caliente.
			aceite de oliva. 3 cucharadas de agua.	
Gelatina de piña con cava para una persona	Es muy utilizada en pacientes son disfagia, sin embargo en pacientes con disfagia a líquidos no es posible porque al contacto con el calor se transforma en líquido. Al añadir espesante evitamos el efecto anterior.	Energía: 305,69kcal. Proteínas: 4,89g. Hidratos: 56,35g. Grasas: 3,26g.	250ml de zum de piña. 4g de gelatina neutra en polvo. 2 cacitos de espesante Thick & Easy. 50ml de cava brut. 20g de azúcar blanco. 1 cucharada de crema de leche.	-Disolver gelatina tal como indica el envase, sustituyendo el agua por el zumo. Dejar de enfriar. -Verter en un recipiente para "turmix" y añadir el resto de ingredientes. Batirlo muy bien hasta conseguir la textura deseada. -Verter en copas, dejar cuajar en la nevera unas 14horas. Servir.
Café irlandés para dos personas	Se puede realizar además con otras bebidas alcohólicas como puede ser ron o el brandy.	Energía: 236,74kcal. Proteínas: 1,99g. Hidratos: 21,87g. Grasas: 15,00g.	100ml de café. 150ml de agua. 150ml de crema de leche. 5ml de whisky. 30g de azúcar blanco. 2 cacitos de espesante Thick & Easy. Elaboración:	-Triturar todos los ingredientes hasta que quede una textura fina y homogénea. Dejar reposar unos minutos. Servir en copa.

Merienda	Descripción	Cálculo nutricional (por ración)	Ingredientes	Elaboración:
Pan con tomate y jamón para una persona	Es importante que le quiten las pepitas al tomate, así como que el jamón sea de buena de calidad para alcanzar un buen sabor.	Energía: 235,03 kcal. Proteínas: 8,46g. Hidratos: 19,73g. Grasas: 13,57g.	20g de pan de pueblo. 15g de jamón ibérico. 15g de tomate cortado a dados, pelado y sin pepitas. 1 cucharada (9ml) de aceite de oliva suave. 75 ml de agua. 2 cacitos de espesante Thick & Easy. ¼ de aceituna verde.	-Verter todos los ingredientes en un vaso para "turmix". -Triturar hasta conseguir una consistencia fina. -Añadir espesante, seguir triturando un minuto más y servir.

Cena	Descripción	Cálculo nutricional (por ración)	Ingredientes	Elaboración:
Sándwich de jamón y queso para una persona	-	Energía: 243,42kcal. Proteínas: 10,25g. Hidratos: 20,01g. Grasas: 13,33g.	1 rebanada de pan de molde. 100ml de agua. 45g de queso crema unttable. 35g de jamón york. 2 cacitos de espesante Thick & Easy.	-Triturar todos los ingredientes hasta conseguir una textura fina y homogénea. -Servir en un cuenco.
Gazpacho especial para dos personas	Es un plato que aporta gran cantidad de vitaminas, con esta receta podemos conseguir texturas, néctar miel y puding.	Energía: 268,13 Kcal. Proteínas: 3,18g. Hidratos: 20,43g. Grasas: 18,74g.	500g de tomate. 200g de pimiento rojo. 2 cucharadas de vinagre de sidra. 7g de sal. 100ml de agua. 4 cacitos de espesante Thick & Easy.. 4 cucharadas de aceite de oliva.	-Triturar todos los ingredientes hasta conseguir un gazpacho fino. -Colarlo por un colador chino. -Añadir los 4 cacitos de espesante Thick & Easy y seguir triturando. Servir en frío.

Anexo XI: Tolerancia del estrés relacionado con la disfagia orofaríngea y los problemas en la deglución.^{16,36,37,38,39,40,41,42}

En esta sesión daremos unas pautas que ayudarán a obtener un buen manejo de la ansiedad por parte de los familiares o cuidadores principales y de los mismos pacientes. Para lograrlo, enunciamos en el siguiente diagnóstico de enfermería:

Tolerancia al estrés r/c la disfagia orofaríngea m/p problemas en la deglución en presencia de otras personas.

Objetivos generales:

La persona verbalizará la reducción de la ansiedad a niveles tolerables o manejables.

Objetivos específicos:

- La persona nombrará los acontecimientos que generan o agravan la respuesta ansiosa.
- La persona identificará estrategias efectivas para expresar o afrontar la ansiedad.
- La persona adquirirá competencia en la ejecución de técnicas de relajación.

Resultados NOC: Estado de la deglución (1010)

Definición: Transito seguro de líquidos y/o sólidos desde la boca hacia el estómago.

Indicadores:

- 101001 Mantiene la comida en la boca.
- 101002 Controla las secreciones orales.
- 101003 Producción de saliva.
- 101004 Capacidad de masticación.
- 101005 Distribución del bolo alimentario a hipofaringe en concordancia con el reflejo de deglución.
- 101006 Capacidad para limpiar la cavidad oral.
- 101007 Momento de formación del bolo.

- 101008 *Número de degluciones apropiadas para el tamaño/ textura del bolo.*
- 101009 *Duración de la comida con respecto a la cantidad consumida.*
- 101010 *Momento del reflejo de deglución.*
- 101015 *Mantiene la cabeza relajada y el tronco erecto.*
- 101016 *Acepta la comida.*
- 101018 *Estudio de la deglución.*
- 101011 *Cambios en la calidad de la voz.*
- 101012 *Atragantamiento, tos o náuseas.*
- 101020 *Tos.*
- 101021 *Mordaza.*
- 101013 *Esfuerzo deglutorio aumentado.*
- 101014 *Reflujo gástrico.*
- 101017 *Incomodidad con la deglución.*

Intervenciones NIC: Disminución de la ansiedad (5820)

Definición: Minimizar la aprensión, temor o presagios relacionados con una fuente no identificada de peligro por adelantado.

Actividades:

- Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante, será importante el apoyo del cuidador principal.
- Proporcionar información respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo principalmente los familiares o cuidadores principales.
- Proporcionar objetos que simbolizan seguridad para los pacientes.
- Administrar masajes en la espalda/ cuello, si procede.
- Escuchar con atención.
- Reforzar los comportamientos si procede.
- Crear un ambiente que facilite la confianza, que los pacientes se sientan cómodos con sus cuidadores principales o con el resto de miembros de la familia a la hora de realizar las comidas.
- Animar a la manifestación de sentimientos.

- Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones.
- Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad.
- Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación, como podrían ser la respiración diafragmática, la meditación, la realización de ejercicios aeróbicos y acuáticos, el yoga, todos ellos contribuyen a la disminución del estrés y la ansiedad.
- Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad (inquieta, intranquilo, sudoroso, sequedad de boca, mareo, inestabilidad, temblor, tensión muscular, cefaleas, palpitaciones, disnea, náuseas, vómitos).

Resultados NOC: Afrontamiento de problemas (1302)

Definición: acciones personales para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo.

Indicadores:

- 130204: Refiere disminución de estrés.
- 130205 Verbaliza aceptación de la situación.
- 130207 Se adapta a los cambios en desarrollo.
- 130213 Evita situaciones excesivamente estresantes.
- 130217 Refiere disminución en los sentimientos negativos.
- 130218 Refiere aumento del bienestar psicológico.

Intervenciones NIC: Aumentar el afrontamiento (5230)

- Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad, lo cual se podrá realizar mediante preguntas abiertas en la propia sesión.
- Disponer al paciente de un ambiente de aceptación.
- Proporcionar al paciente de información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- Fomentar un dominio gradual de la situación.

- Favorecer las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes.
- Valorar las necesidades o deseos del paciente de apoyo social.
- Animar la implicación familiar.
- Alentar a la familia a manifestar sus sentimientos por el miembro familiar enfermo.
- Ayudar al paciente a resolver los problemas de manera constructiva, mediante el propio aprendizaje de las sesiones y con la colaboración de los cuidadores principales.