



**ESCUELA
DE ENFERMERÍA
Y FISIOTERAPIA**



Trabajo Fin de Grado

Manejo de la disfagia orofaríngea en el domicilio.

Alumno: Dagmara Maja Leja

Director: Andrada Cristoltan

Madrid, Mayo de 2023

ÍNDICE

RESUMEN	3
ABSTRACT.....	5
1. PRESENTACIÓN	6
2. ESTADO DE LA CUESTIÓN	7
2.1 BASE DEL ESTUDIO Y RECOGIDA DE DATOS.....	7
2.2 FUNDAMENTACIÓN	8
2.2.1 DEFINICION Y CONCEPTUALIZACIÓN DE LA DISFAGIA	8
2.2.2 DISFAGIA OROFARÍNGEA	11
2.2.3 FASES DE LA DEGLUCIÓN	11
2.2.4 TRASTORNO EN LA DEGLUCIÓN, DISFAGIA.....	12
2.2.5 CAMBIOS FISIOLÓGICOS PRODUCIDOS CON LA EDAD	13
2.2.6 FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA DEGLUCIÓN:.....	15
2.2.7 MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE DISFAGIA OROFARÍNGEA	16
2.2.8 MÉTODOS DE EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO DE LA DISFAGIA.....	18
2.3 JUSTIFICACIÓN.....	20
3. POBLACIÓN Y CAPTACIÓN.....	22
3.1 POBLACIÓN	22
3.2 CAPTACIÓN	22
4. OBJETIVOS	24
4.1 OBJETIVO GENERAL	24
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	24
5. CONTENIDOS	25
6. SESIONES TÉCNICAS DE TRABAJO	26
7. EVALUACIÓN.....	29
7.1 EVALUACIÓN DE LA ESTRUCTURA Y DEL PROCESO	29
7.2 EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	29
8. BIBLIOGRAFÍA	31
ANEXOS	34
Anexo 1: Test EAT-10 para el cribado de la disfagia.	35
Anexo 2: Secuencia de realización del método de exploración clínica volumen-viscosidad (MECV-V).....	36
Anexo 3: Tabla de registro de resultados de MECV – V.	37
Anexo 4: Cartel informativo para el centro de salud “Aprendiendo a manejar la disfagia.”	38
Anexo 5: Artículo para la revista Zigzag de Pinto.	39
Anexo 6: Hoja de inscripción para el taller sobre el manejo de la disfagia en el domicilio.	40
Anexo 8: Cartel con síntomas de alarma y complicaciones.....	42
Anexo 9: Recomendaciones de hábitos saludables para personas con disfagia.....	43
Anexo 10: Encuesta de satisfacción.....	44
Anexo 11: Guion para la evaluación a través de la observación sistemática de las sesiones impartidas en el taller.	45
Anexo 12: Check list para la evaluación de habilidades.....	46

RESUMEN

Introducción: La disfagia, como síndrome geriátrico, implica la dificultad para deglutir correctamente, comprometiendo la eficacia y la seguridad durante la ingesta. Su presencia suele encontrarse asociada a complicaciones como son la deshidratación, desnutrición, atragantamientos y/o broncoaspiraciones. Estas complicaciones pueden conllevar ingresos hospitalarios, con el consiguiente gasto sanitario y afectando la calidad de vida del mayor. Se considera un tema relevante puesto que estamos ante un envejecimiento poblacional en continuo crecimiento, donde la detección precoz y conocer el manejo correcto en el domicilio resultan fundamentales para unas ingestas seguras y para prevenir las posibles complicaciones.

Objetivos: dotar de conocimientos teóricos y prácticos a las personas que padecen disfagia y sus cuidadores para un buen manejo de esta desde su domicilio.

Metodología: se realizará un proyecto educativo dirigido a los pacientes con disfagia y sus cuidadores principales del centro de salud Parque Europa, en Pinto. Consistirá en la realización de un taller en el que se enriquezca los conocimientos sobre la disfagia y como convivir con ella, manteniendo la mejor calidad de vida posible de los ancianos, previniendo las posibles complicaciones.

Implicación para la practica enfermera: disminución de las complicaciones al igual que de ingresos hospitalarios por las mismas. Incrementar la calidad de vida de los ancianos que padezcan disfagia, dando importancia a la educación para la salud impartida por enfermería con la consecuente disminución de gasto sanitario al evitar ingresos.

Palabras clave: deglución, disfagia, anciano, salud del anciano, anciano frágil, odinofagia, nutrición del anciano.

ABSTRACT

Introduction: Dysphagia, as a geriatric syndrome, involves difficulty swallowing correctly, compromising efficacy and safety during ingestion. Its presence is usually associated with complications such as dehydration, malnutrition, choking and/or bronchial aspiration. These complications can lead to hospital admissions, with consequent healthcare costs and affecting the quality of life of the elderly. It is considered a relevant issue since we are facing a continuously growing aging population, where early detection and knowing the correct management at home are essential for safe intakes and to prevent possible complications.

Objective: provide theoretical and practical knowledge to dysphagia patients and their caregivers for a good management at home.

Methodology: an educational project will be carried out aimed at dysphagia patients and their main caregivers at the Parque Europa health center, in Pinto. It will consist of carrying out a workshop in which knowledge about dysphagia and how to live with it is enriched, maintaining the best possible quality of life for the elderly, preventing possible complications.

Implications for nursing practice: reduction of complications as well as hospital admissions for them. Increase the quality of life of the elderly dysphagia patients, giving importance to health education taught by nursing with the consequent decrease in health spending by avoiding admissions.

Key words/ Mesh: deglutition, deglutition disorders, aged, health of the elderly, frail elderly, odynophagia, elderly nutrition.

1. PRESENTACIÓN

La realización de este proyecto esta enfocada en conseguir una correcta y temprana detección de la disfagia orofaríngea en los ancianos y el manejo de esta en el domicilio, ya que basándome en mi experiencia profesional como auxiliar de enfermería y durante mis rotaciones clínicas durante la realización del grado de enfermería, es un trastorno infradiagnosticado y su manejo en el domicilio es totalmente desconocido en la gran mayoría de los casos.

El paciente anciano precisa de una atención integral durante su envejecimiento, donde es muy frecuente el padecimiento de la disfagia, la cual puede ocasionar desde deshidratación y desnutrición, precipitando múltiples alteraciones en la persona y provocando una astenia importante, pudiendo causar hasta alteraciones cognitivas como delirios, desorientación, alucinaciones... También existen complicaciones más graves como el atragantamiento o la broncoaspiración, lo que supone un riesgo para la vida de la persona.

Por ello se estima importante la realización de este proyecto, ya que si las personas mayores que padecen disfagia y/o sus cuidadores conocen el correcto manejo en el domicilio de este trastorno deglutorio se previenen estas complicaciones y se preserva la calidad de vida del anciano, prolongando la estancia en su domicilio y fomentando su autonomía, lo cual es un gran beneficio para la persona afectada.

Además, otro beneficio importante es que mediante la prevención habrá menor gasto sanitario ocasionado por los ingresos hospitalarios, causados por las mismas.

2. ESTADO DE LA CUESTIÓN

2.1 BASE DEL ESTUDIO Y RECOGIDA DE DATOS

Para abordar el estado de la cuestión primeramente se realizó una búsqueda bibliográfica sobre el envejecimiento de la población y la disfagia, con el fin de conocer los cuidados que necesitan los mayores que la padecen y como puede afectar esta situación a su calidad de vida.

Se ha realizado una recopilación de información obtenida mediante la búsqueda bibliográfica a través de términos DeCs y MeSH mencionados en la tabla 1.

Descripción literal	DeCs	MeSH
Tragar	Deglución	Deglutiton
Dificultad para tragar	Disfagia	Deglutition Disorders
Mayor	Anciano	Aged
Salud del anciano	Salud del anciano	Health of the Elderly
Anciano frágil	Anciano Frágil	Frail Elderly
Dolor al tragar	Odinofagia	Odynophagia
Alimentación del anciano	Nutrición del Anciano	Elderly Nutrition

Tabla 1. Tesauros. Elaboración Propia.

Continuando con la búsqueda, desde la biblioteca digital de la Universidad Pontificia de Comillas. Desde la base de datos C17 se accedió al recurso electrónico PubMed, Medline, Cinahl Complete y ELSEVIER para la obtención de información con los términos DeCs y MeSH mencionados en la tabla 1 seleccionando artículos, guías y libros, estos tanto en español como en inglés. Se emplean los tesauros incluidos en la tabla 1, incluyendo y combinando los operadores booleanos (AND y OR).

2.2 FUNDAMENTACIÓN

2.2.1 DEFINICION Y CONCEPTUALIZACIÓN DE LA DISFAGIA

La demografía en España se caracteriza por un constante envejecimiento poblacional, donde la población se haya duplicado en la última década, el 22,9% de la población en el año 2020 son mayores de 65 años, siendo un dato en continuo crecimiento, donde las últimas previsiones del INE calculan que durante el año 2035 el 26,5% de la población en España serán las personas de 65 años en adelante, teniendo en cuenta que la proporción de personas mayores de 80 años se ha visto prácticamente duplicada entre el año 2001 y el año 2020, siendo datos que continuarán creciendo, donde se estima que en el año 2050 el 31,4% de la población española será mayor de 65 años y el 11,6% será mayor de 80 años, alcanzando un proceso de envejecimiento poblacional importante, teniendo en cuenta que el índice de natalidad ha ido mermando notablemente. (1,2)

El envejecimiento es un proceso irreversible, siendo único para cada persona, involucrando todas las dimensiones del ser humano. Según la definición biológica el envejecimiento, se considera como: *“el cambio gradual en un organismo que conduce a un mayor riesgo de debilidad, enfermedad y muerte, habiendo una disminución en las funciones biológicas y en la capacidad para adaptarse al estrés metabólico”*, siendo la suma de los cambios que se dan en la persona con el avance del tiempo, conduciendo al deterioro funcional y finalmente a la muerte. (3)

El envejecimiento de la población cursa con la aparición de afectaciones asociadas a la edad, entre ellas la disfagia, la cual adquiere un grado significativo por los riesgos que conlleva, considerándose un síndrome geriátrico. Entre los efectos que tiene el envejecimiento sobre las personas se encuentra la pérdida de fuerza muscular, lo cual afecta al proceso de la deglución, dando lugar a trastornos como es la disfagia, interfiriendo en la calidad de vida del mayor. (4)

Mediante la búsqueda realizada del **descriptor establecido en ciencias de la salud (DeCS)** para el término disfagia, siendo *“Trastornos de la deglución”* y en inglés *“Deglutition Disorders”*, con la siguiente definición: *“Dificultad de deglución que puede estar ocasionada por una alteración neuromuscular o una obstrucción mecánica. La disfagia se clasifica en dos tipos distintos: disfagia orofaríngea debida a una mala función de la faringe y el esfínter esofágico superior; y la disfagia esofágica debida a una mala función del esófago.* (5)

La disfagia como síntoma clínico, supone la dificultad o incapacidad de la persona para crear o movilizar el bolo alimenticio de manera segura y eficaz desde la cavidad oral hasta el estómago. Puede estar ocasionada por una causa orgánica o una deficiencia funcional. La disfagia se clasifica en disfagia orofaríngea y esofágica. La disfagia orofaríngea (DO) incluye las alteraciones ocasionadas en la deglución de origen oral, faríngeo, laríngeo y del esfínter esofágico superior, suponiendo alrededor del 80% de las disfagias que han sido diagnosticadas, siendo muy frecuente el paciente geriátrico dentro de dicho tipo de disfagia, siendo un síndrome diagnosticable, con pautas que evitan las posibles complicaciones que pueden poner en riesgo la vida de la persona y afectar a su calidad de vida. (6)

Según la **“European Society for Swallowing Disorders”** y la **“European Union Geriatric Medicine Society”** la disfagia se considera un síndrome geriátrico, ya que es una situación clínica frecuente y grave entre los ancianos, de origen multifactorial, ligada a diversas comorbilidades pudiendo ser tratable con un enfoque multidimensional. Es un síndrome que se asocia íntimamente al envejecimiento. (7)

Una de las causas principales de la DO surge a partir de cambios neuromusculares, los cuales son típicos durante el envejecimiento. En la DO principalmente se encuentra presente un conflicto para iniciar la deglución, donde la persona realiza varios intentos para poder deglutir, cursando con regurgitación nasal y con tos o ahogo en el momento de la deglución, con ello existe la dificultad para formar el bolo dentro de la boca, de tal manera que la persona retiene el alimento en la cavidad oral y lo derrama a través de los labios. (8)

Su prevalencia aumenta con el envejecimiento progresivo y continuo de la población, se ha calculado en ancianos de diferentes entornos que entre el 30 y 40% de estos que viven de forma independiente padecen disfagia y entre el 44 y 60% de los ancianos institucionalizados. (7)

Las personas ancianas constituyen el principal grupo afectado por la DO, donde también hay mayor riesgo de complicaciones que pueden resultar graves, teniendo una gran repercusión en la salud, la funcionalidad, el estado nutricional, la morbimortalidad y la calidad de vida del mayor. (8)

Se considera ancianidad a *“la etapa que comprende el final de la vida”*, iniciándose aproximadamente a partir de los 60 años. Se caracteriza por una disminución en la fuerza física, lo cual produce una sensible y progresiva disminución de la actividad mental, donde hay una disminución progresiva del interés sobre las cosas cotidianas en el anciano. (9)

Este síndrome geriátrico puede conllevar graves repercusiones para el anciano, se considera como uno de los problemas más infradiagnosticados e infravalorados, según se desarrolla afecta de manera importante y notoria al estado nutricional de la persona, lo cual interfiere negativamente en el bienestar físico y emocional del anciano, produciéndole principalmente astenia moderada o grave que deteriora su calidad de vida notablemente. (10)

Se ha demostrado que los problemas de alimentación y deglución son más comunes en personas mayores, relacionándose con el proceso fisiológico habitual del envejecimiento y a las patologías más frecuentes y habituales en los ancianos, ocasionando la disfagia en el mayor. (11)

Los factores de riesgo relacionados con la DO en el anciano son:

- Edad
- Disfuncionalidad
- Sarcopenia
- Fragilidad
- Polimedicación
- Comorbilidades

Además de interaccionar con diferentes síndromes geriátricos y enfermedades neurológicas y neurodegenerativas muy prevalentes en los ancianos donde las complicaciones más frecuentes son:

- Malnutrición, con la consecuente pérdida de peso.
- Deshidratación
- Atragantamiento
- Infecciones respiratorias
- Neumonía aspirativa

Estas complicaciones ocasionan mayores afecciones y deterioro, además de ser un peligro para la vida del anciano y provocar un incremento de ingresos hospitalarios, por ello es importante la detección temprana y la educación para la salud correcta para el manejo de este síndrome. (12)

En la gran parte los ancianos la DO es un síntoma crónico desde su aparición, afectando a la capacidad funcional de estos, pudiendo cambiar desde una dificultad moderada hasta ocasionar una incapacidad total para deglutir, puesto que este síndrome avanza con el envejecimiento y la pérdida de la fuerza muscular, pudiendo originar dos tipos de complicaciones clínicas que afectan a la eficacia y seguridad de la deglución en el anciano como se describe más adelante. (13)

2.2.2 DISFAGIA OROFARÍNGEA

LA DEGLUCIÓN. ANATOMÍA Y FISIOLÓGÍA

La deglución se conoce como el recorrido de los alimentos desde la cavidad oral hasta el estómago, lo que permite a la persona alimentarse de manera segura. Se considera que es una función motora muy elaborada, siendo fundamental para la calidad de vida de la persona ya que permite una correcta alimentación. (14)

Es uno de los procesos de coordinación entre estructuras más complicado ya que implica la coordinación secuencial de activaciones e inhibiciones de los pares craneales V, VII, IX, X y XII, 25 pares de músculos faciales, de la región oral, laringe, faringe, esófago y sistemas como son el digestivo y el respiratorio. (15)

La deglución depende de varias conductas fisiológicas controladas por el sistema nervioso central y periférico, lo que da lugar al reflejo disparador deglutorio. Los receptores de este reflejo se sitúa en la lengua, en los pilares anteriores y la pared faríngea posterior, sus aferencias proceden del nervio glossofaríngeo y las eferencias del plexo faríngeo. Las válvulas que intervienen en la deglución son: los labios, el velo lingual, el cierre de vestíbulo laríngeo y el esfínter esofágico superior, de tal manera que el mecanismo de defensa de la laringe lo componen el descenso de la epiglotis, el cierre cordal y la presión subglótica, haciendo así, posible la deglución de manera coordinada, sincronizada y eficaz. (16)

2.2.3 FASES DE LA DEGLUCIÓN

El proceso de deglución normal se compone de cuatro fases totalmente coordinadas: preparación oral, oral, faríngea y esofágica.

- **Fase de preparación oral:** en esta fase entre los objetivos a alcanzar se encuentra asimilar el alimento desde el exterior, proteger, preparar el bolo alimenticio e iniciar dicho proceso. Es una fase de control voluntario, con una

orden procedente del control cortical y con una duración variable. El bolo alimenticio se prepara a través de la salvación, masticación, sellado labial y transporte oral, mediante una serie de movimientos coordinados en los que colaboran los músculos intraorales y de la orofaringe, los músculos de la mímica facial y las estructuras internas de la cavidad bucal como son la lengua y los dientes junto con el proceso de salivación, creando una masa de consistencia homogénea, totalmente triturada, lo que facilita que se pueda deglutir.

- **Fase oral:** también es de control voluntario, con una duración de un segundo. Hay una elevación de la lengua, oprimiendo el bolo contra el paladar duro para la propulsión del bolo hacia la parte anteroposterior. Se produce un sellado en el esfínter nasofaríngeo lo que imposibilita el paso del bolo alimenticio desde la orofaringe hacia la nasofaringe.
- **Fase faríngea:** es la fase más compleja, siendo una etapa involuntaria, con una duración de hasta un segundo. Es el instante clave de la coordinación entre la respiración y la deglución, donde el bolo alimenticio pasa desde la cavidad bucal por la faringe hacia el esófago, entre tanto, la laringe evita que pase a la vía aérea. En este proceso, en caso de que quedasen restos sueltos del bolo pueden dar lugar a una aspiración del alimento sobrante en la faringe, resultando vital proteger la vía aérea de la entrada de alimentos, secreciones o saliva.
- **Fase esofágica:** también es de control involuntario. Cuando el bolo ha sido impulsado por la orofaringe hacia el esfínter esofágico superior se adentra en la fase esofágica con el avance de las ondas peristálticas que se propagan por el esófago, las cuales son reguladas en función de las características del bolo dependiendo de su potencia, su frecuencia y la velocidad de avance. (15)

2.2.4 TRASTORNO EN LA DEGLUCIÓN, DISFAGIA

La disfagia en los ancianos se da por tres motivos:

- De manera inevitable, por el ciclo de la vida, que cursa con el envejecimiento progresivo e irreversible, lo que implica una pérdida de la capacidad funcional.
- Como afectación secundaria por una enfermedad de base, trastornos neurológicos, intervenciones quirúrgicas y accidentes, como pueden ser la enfermedad de Parkinson, demencia esclerosis múltiple, parálisis cerebral,

lesiones cerebrales traumáticas, enfermedades malignas como tumores de cabeza y cuello o cáncer de esófago.

- Por modificaciones derivadas de los hábitos de vida de la persona, dependiendo de su alimentación, consumo de alcohol y tabaco, actividad física, contaminación ambiental, etc. (16,17)

Cuando la respuesta deglutoria esta alterada en alguna de sus fases nos encontramos ante un trastorno de la deglución como es la disfagia orofaríngea.

2.2.5 CAMBIOS FISIOLÓGICOS PRODUCIDOS CON LA EDAD

En la ancianidad se dan una serie de modificaciones fisiológicas que pueden condicionar la correcta deglución, además, con el paso de los años hay un incremento en la incidencia de patologías que afectan a la función de deglutir, como son los accidentes cerebro vasculares encefálicos, enfermedades degenerativas y neurodegenerativas además del propio deterioro funcional que conlleva el envejecimiento, donde hay una pérdida de masa muscular notable, donde el musculo esquelético es infiltrado con grasa y tejido conectivo, lo que ocasiona pérdida de fuerza, dando lugar a la sarcopenia. También existen cambios a nivel cognitivo, entre otros, asociados a la edad que suelen ocasionar disminución de capacidad cognitivo-funcional en el anciano. (18)

Los cambios fisiológicos que se producen en las diferentes fases de la deglución en las personas mayores y sus consecuencias son las mencionadas en la siguiente tabla, causantes de padecer el síndrome de disfagia orofaríngea:

Fase oral	
Cambios	Consecuencias
<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de piezas de la dentición. • Deterioro de la función masticatoria. • Mal ajuste de prótesis dentales. • Atrofia muscular, la cual interviene en la masticación. • Atrofia del tejido óseo maxilar y mandibular. • Xerostomía. • Cambios sensoriales (gusto y olfato). 	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad en la preparación, lubricación y propulsión del bolo por movimientos ineficaces. • Mal sellado labial ocasionando fugas. • Residuos orales.
Fase faríngea	
Cambios	Consecuencias
<ul style="list-style-type: none"> • Disminución del tono muscular, pudiendo alterar el aclaramiento faríngeo. • Mayor propensión al desarrollo de divertículos. • Epiglotis más pequeña y lenta. • Tiempo de apnea más largo. • Demora en el inicio del reflejo faríngeo deglutorio, localizado en el movimiento de la epiglotis y en la apertura del esfínter esofágico superior. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mayor riesgo de aspiración por los residuos sobrantes a la vía respiratoria cuando hay un mal aclaramiento faríngeo. • Mayor duración de la deglución faríngea. • Disminución de la elevación del hioides, dejando caer el bolo alimenticio en la faringolaringe.
Fase esofágica	
Cambios	Consecuencias
<ul style="list-style-type: none"> • Hay una disminución en la extensión de las contracciones peristálticas esofágicas. • Trastorno en el funcionamiento del esfínter esofágico superior e inferior. • Dilatación esofágica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Retención del bolo alimenticio en el esófago proximal. • Esofagitis. • Reflujo gastroesofágico.

Tabla 2: Resumen de cambios fisiológicos de la deglución en el envejecimiento. Elaboración propia a partir de (19,20)

Con ello podemos afirmar que en el paciente mayor hay una respuesta deglutoria más larga en el tiempo, suponiendo una demora en la activación del reflejo faríngeo y en la apertura del esfínter esofágico superior, además del cierre del vestíbulo laríngeo incompleto, ocasionando una deglución insegura y riesgo de aspiración.

2.2.6 FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA DEGLUCIÓN:

Hay factores que intervienen en el proceso de deglutir como son:

- El volumen, en referencia a la magnitud del bolo. De manera que, un volumen mayor aumenta la intensidad de la deglución, para una deglución segura sería conveniente evaluar a cada paciente para establecer qué volumen es el indicado de manera individual.
- La viscosidad - consistencia: los líquidos se degluten con mayor dificultad en las personas que tienen disfagia, aumentando el riesgo de aspiración por retraso en el inicio del reflejo de deglución. En caso de haber una alteración estructural en las vías aerodigestivas son los alimentos sólidos los que presentan una deglución más dificultosa.
- Temperatura: mediante el frío la glotis se cierra más rápidamente, además también se emplea para estimular la respuesta deglutoria.
- Posición postural: la cual modifica la dinámica deglutoria en su estructura y disposición de las vías aerodigestivas, influyendo en menor o mayor medida en la facilidad para realizar la deglución.
- Fármacos: pueden alterar la deglución por producir somnolencia, inestabilidad, sequedad bucal, alteraciones motoras o sensitivas, etc. (15)

Clases de fármacos que contribuyen a la disfagia:

- Sedantes neurolépticos, reduciendo la atención y la función oral.
- Anticolinérgicos y antidepresivos, causando xerostomía.
- Esteroides, debilitando la fuerza de la boca y la lengua.
- Antipsicóticos, deteriorando la fase faríngea.
- Bifosfonatos, deteriorando la fase esofágica. (21)

2.2.7 MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE DISFAGIA OROFARÍNGEA

A consecuencia de las alteraciones en la respuesta deglutoria, se encuentran presentes signos y síntomas de alarma, donde los más frecuentes y comunes que puede presentar una persona con disfagia orofaríngea son:

- Tos durante o después de la deglución.
- Cambio de voz, carraspeo y disfonía.
- Atragantamiento durante la ingesta con determinadas consistencias.
- Aumento de secreciones.
- Cambios de coloración en la cara o alrededor de la boca durante la ingesta.
- Estridor en la ingesta.
- Regurgitación nasal de los alimentos.
- Vómitos.
- Fatiga/diaforesis en la ingesta.
- Ingestas prolongadas en tiempo, lo que aumenta el tiempo de las comidas notablemente.
- Hiperextensión cervical durante la deglución.
- Dificultad para mantener el alimento en la cavidad oral por un mal sellado labial.
- Existencia de residuos orales tras la ingesta.
- Presencia de babeo.
- Degluciones no coordinadas o forzadas.
- Degluciones fraccionadas.
- Gorgoteo faríngeo en la ingesta.
- Falta de interés por la comida, miedo a la ingesta.
- Presencia de cansancio y pérdida de peso.
- Apneas.
- Complicaciones respiratorias inexplicables y de repetición, como neumonías o broncoespasmos. (22)

Existen alteraciones de la eficacia y la seguridad de la persona, de tal manera que las alteraciones de la eficacia suponen que la persona no puede ingerir los nutrientes que necesita para mantener una alimentación correcta, causando problemas de desnutrición y deshidratación, lo cual conlleva repercusiones importantes en la salud del anciano. Se origina un decrecimiento de masa muscular y sarcopenia. La deshidratación ocasiona hipovolemia, alterando el metabolismo iónico, lo que deriva en fallo renal o cardíaco afectando de manera importante la vida de la persona, también interfiere en la alteración del nivel de consciencia, disminuyéndolo de tal manera que dificulta la deglución. También producen alteración en el sistema inmunológico de la persona repercutiendo negativamente en su estado de salud conllevando a las alteraciones de seguridad, las cuales suponen que parte del alimento ingerido se transfiere a la vía respiratoria, con alto riesgo de causar una broncoaspiración y una neumonía aspirativa, lo cual puede llegar a ser mortal para la persona, por lo cual es de gran importancia reconocer los signos clínicos ante estas alteraciones. De tal manera que cuando existen alteraciones en la seguridad de la deglución hay mayor riesgo de aspiración, lo que conlleva a una posible neumonía y en la alteración de la eficacia en la deglución existe mayor riesgo de desnutrición y deshidratación. (23)

Cuando existe un fallo en la eficacia de la deglución están presentes los siguientes signos clínicos:

- La persona no puede contener el bolo dentro de la cavidad bucal por presentar un incorrecto sellado labial, derramando el mismo por los surcos labiales.
- Quedan restos del alimento ingerido en la cavidad bucal tras realizar la deglución.
- La persona lleva a cabo varias degluciones con el mismo bolo alimenticio.
- Sensación de que han quedado restos de partículas en la faringe.

Cuando existe fallo en la seguridad de la deglución están presentes los siguientes signos clínicos:

- Tos durante la deglución.
- Cambio de voz, voz húmeda, disfonía.
- Disminución de la saturación de oxígeno en sangre. (15,24)

2.2.8 MÉTODOS DE EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO DE LA DISFAGIA

El correcto manejo y abordaje de la disfagia precisa de un enfoque multidisciplinar, centrado en el diagnóstico temprano para prevenir las posibles complicaciones, donde se ha de realizar una exploración física y pruebas clínicas. (25)

Los objetivos de la evaluación son:

- Evaluar el correcto funcionamiento de la deglución.
- Identificar las causas tanto estructurales como mecánicas de la disfagia.
- Valorar la presencia del riesgo de aspiración y la existencia de seguridad en la ingesta. (22)

En la exploración física:

- Se inspeccionará la cavidad oral en busca de alteraciones en las encías y el estado de la dentición, las alteraciones de la mucosa oral como herpes, mucositis, disminución de la salivación o presencia de masas.
- Se valorará la función oral motora y sensitiva:
 - Evaluar los pares craneales V, VII, IX, X, XII, valorando el movimiento de los labios, la cara, la lengua, la mandíbula y el paladar, el tono de la masa muscular, su fuerza, la simetría y la velocidad de la deglución.
 - Evaluar el reflejo tusígeno, ya que su pérdida indica la disminución del aclaramiento de la vía aérea, la presencia de disfonía o la voz húmeda es frecuente cuando dicho reflejo se ve afectado.
- Se valorará el estado de la hidratación y nutrición del paciente y los signos respiratorios, indicativos de complicaciones pulmonares. (25,26)

Ante cualquier duda tras la exploración clínica se considera necesario realizar pruebas clínicas que lo confirmen. En España los métodos que más se manejan son la prueba de despistaje “*Eating Assessement Tool -10*” (EAT-10) y el “Método de Evaluación Clínica Volumen – Viscosidad” (MECV – V). (27)

El EAT – 10 (Ver Anexo 1) (28), es considerado un instrumento analógico, verbal y unidimensional, empleado para el despistaje de este trastorno deglutorio, facilitando la realización de un cribado sencillo en la población anciana, mediante una valoración de síntomas específicos de la disfagia con una puntuación directa. Se compone de 10 ítems sencillos que se valoran mediante una escala de 5 puntos (0-4), donde 0 indica la inexistencia de disfagia y 4 indica que se considera un problema serio. Se realiza la

suma de las puntuaciones y los resultados obtenidos mayores o iguales a 3 sugieren una función anormal de la deglución. Esta prueba, puede ser realizado por el propio paciente, su familia o cuidador o profesionales sanitarios en el que se responden las 10 cuestiones planteadas, siendo un método de despistaje válido y eficaz para la detección precoz, permitiendo realizar un cribado con un lenguaje sencillo, fácil de realizar y rápido. (29)

El diagnóstico se ha de verificar con otra prueba clínica instrumental, realizada por profesionales de enfermería en ancianos, como es el Método de Evaluación Clínica Volumen – Viscosidad. (30)

Con el MECV – V se valora los principales signos clínicos que indican trastornos de la deglución, así como los signos de alteraciones de la seguridad que indican un probable paso a las vías respiratorias y los signos de alteraciones de la eficacia que indican riesgo de desnutrición y deshidratación. Este método realiza una evaluación sistemática de forma concreta utilizando tres texturas, que son líquido, néctar y pudding, y evalúa tres volúmenes de manera sistemática en cada textura, comenzando por la textura néctar de 5, 10 y 20ml mientras se controla si hay un descenso en la saturación de oxígeno en sangre del paciente y los signos y síntomas que presente. (31). (Ver Anexo 2) (32)

Las diferentes texturas se obtienen mediante el uso de espesantes, los cuales facilitan la hidratación y nutrición en los pacientes con DO, se presentan en forma de polvo blanquecino que al incorporarlo a líquidos o alimentos modifica la viscosidad de estos haciéndolos más espesos, con el objetivo de alcanzar la textura deseable y tolerable para cada persona. (33)

Para comenzar dicho test, se comienza con una viscosidad néctar y un volumen de 5 ml, aumentando el volumen si la persona va tolerando de manera correcta, sin presentar indicios de alteración de la seguridad de la deglución. En caso de que no se presentase ningún signo ni síntoma característico se procederá a la viscosidad líquida, por el contrario se continuará con la viscosidad pudding. (34)

Este método diagnóstico también sirve de orientación para conocer la viscosidad y el volumen tolerables por el paciente en función de la seguridad y eficiencia deglutoria y así plantearle una dieta adaptada a sus necesidades. Los signos clínicos detectados por el MECV – V son:

- Sellado labial ineficiente, el paciente es incapaz de contener el bolo alimentario dentro de la boca.

- Presencia de residuos orales tras la deglución.
- Deglución fraccionada.
- Sospecha de aclaramiento faríngeo ineficaz, dejando sensación de tener restos de bolo alimenticio en la garganta. (19)

Los resultados se van anotando en una tabla de registro de resultados del MECV-V (Ver Anexo 3) donde se valoran los signos de alteraciones en la seguridad valorando la tos, la voz alterada y la desaturación de oxígeno en sangre y alteraciones en la eficacia valorando el sello labial, restos de residuos en la cavidad oral, deglución fraccionada, residuos en faringe u otros síntomas que el paciente pueda presentar, siendo los más comunes los mencionados. (19)

Existen otras pruebas diagnósticas para la disfagia como la videofluoroscopia, fibroendoscopia, manometría esofágica y gammagrafía, las cuales requieren la implicación de otros profesionales sanitarios y una derivación médica para su realización, siendo el test EAT – 10 y el MECV – V métodos de exploración y diagnóstico más sencillos y con suficiente fiabilidad diagnóstica, realizados por enfermería, siendo los utilizados en España en la población geriátrica. (35)

A partir de un correcto diagnóstico, conociendo la disfagia de cada paciente y la viscosidad adecuada y tolerable para el mismo se plantean las recomendaciones dietéticas y es donde realizamos la educación para la salud para el paciente y sus cuidadores dándole las indicaciones y pautas para concienciar y formarles sobre el manejo de la disfagia. (6)

Un estado nutricional correcto es esencial para preservar el funcionamiento y el bienestar, conservando y procurando una calidad de vida óptima en la ancianidad que permita mantener unas conductas alimentarias que no interfieran en la ingesta y por tanto en una buena nutrición del anciano.

2.3 JUSTIFICACIÓN

La disfagia es un trastorno de la deglución de elevada prevalencia e infradiagnóstico, con una morbimortalidad elevada y con importantes afecciones socioeconómicas, sociales y emocionales para la persona que la padece. (10)

Por ello se objetiva la necesidad de mejorar el diagnóstico precoz y la educación para la salud de los pacientes que padecen DO y sus cuidadores principales para preservar

la calidad de vida de estos y prevenir los riesgos que este trastorno conlleva, lo cual disminuirá los ingresos hospitalarios y el gasto sanitario que ello conlleva.

Para la realización de este proyecto se realizará una captación desde la consulta de Atención Primaria. Se cribará a la población anciana, especialmente a aquellas personas con patologías de base que puedan acompañarse de DO.

El desconocimiento de las pautas a seguir en las personas con disfagia y sobre todo como prevenir broncoaspiraciones supone un incremento importante de hospitalizaciones, lo cual supone un gasto sanitario elevado y un riesgo grave para la vida de las personas mayores que se puede prevenir en la mayoría de los casos con la correcta actuación y manejo. Por ello se considera importante realizar el presente proyecto educativo con el objetivo de enseñar a los pacientes a vivir con la mayor calidad de vida posible formando tanto a los pacientes y a sus cuidadores principales en el manejo de la disfagia en el domicilio, evitando los riesgos y siendo capaces adaptar el menú con las texturas correctas para paciente que padece DO, garantizando así unas ingestas seguras y con buen aporte nutricional e hídrico para el mismo.

Para ello se realizará un taller, que se compondrá de 3 sesiones donde los participantes aprenderán cuestiones teóricas acerca de la disfagia orofaríngea, signos y síntomas de alarma, complicaciones, texturas y hábitos alimenticios y adaptar los menús con la textura que el paciente tolere.

3. POBLACIÓN Y CAPTACIÓN

3.1 POBLACIÓN

La población diana serán los ancianos mayores de 60 años que padezcan disfagia y sus cuidadores principales informales.

La población accesible serán aquellos pacientes mayores de 60 años con disfagia orofaríngea y sus cuidadores informales que pertenezcan al Centro de Salud de Parque Europa de Pinto.

La muestra elegible será determinada por los pacientes elegibles de la población accesible que cumplan los criterios de inclusión.

La muestra final del proyecto se determinará una vez realizada la acción formativa.

Los criterios de inclusión para participar en el proyecto son:

- Ser cuidador principal informal de una persona que padezca disfagia mayor de 60 años.
- Persona mayor de 60 años con disfagia.

3.2 CAPTACIÓN

El proceso de captación se realizará en Pinto, en el centro de salud de Parque Europa. Dicho centro de salud, según los últimos datos obtenidos en el 2020 tiene una población total asignada de 30.557 personas, de las cuales 3.338 son mayores de 65 años. Otro dato importante a tener en cuenta para realizar este proyecto educativo en este centro de salud es que un 36,95% de las personas mayores de 74 años atendidas toman entre 6 o más medicamentos, precisando una revisión del tratamiento al menos dos veces al año, siendo un factor de riesgo considerable para padecer disfagia. (36)

La captación de los pacientes se realizará de varias maneras:

- Desde la consulta de enfermería revisaremos a diario los pacientes del centro de salud que hayan acudido al servicio de urgencias o hayan sido ingresados y exista un riesgo de que padezcan disfagia, se les llamará por teléfono para citarles y realizar un cribado para valorar su deglución.
- Cartel informativo en el centro de salud. (Anexo 4)

- Artículo informativo en la revista ZIGZAG de Pinto, siendo un recurso que se reparte mensualmente en todos los domicilios de Pinto, procurando generar un medio de divulgación para la realización de este taller. (Anexo 5)
- En la ventanilla de información se encontrarán las hojas de inscripción para la realización del taller, en el cartel informativo y en el artículo en la revista ZIGZAG mencionados anteriormente se encontrará un código QR con acceso a la inscripción online. (Anexo 6)

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Dotar de conocimientos teóricos y prácticos referentes al manejo de la disfagia en el ámbito domiciliario a las personas mayores de 60 años con disfagia y sus cuidadores.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

OBJETIVOS DE SALUD

- Mejorar la calidad de vida de los pacientes que padezcan disfagia.
- Disminuir la incidencia de atragantamientos, broncoaspiraciones y neumonías aspirativas.
- Disminuir los ingresos hospitalarios que estas complicaciones pueden conllevar.

OBJETIVOS DE HABILIDADES

Al finalizar las sesiones los participantes serán capaces de:

- Manejar adecuadamente el espesante y las texturas de los líquidos.
- Adaptar un líquido a la textura deseada y tolerada por el paciente.
- Confeccionar un menú adecuado.

OBJETIVOS DE CONOCIMIENTO

Al finalizar el taller los participantes serán capaces de:

- Describir el concepto de disfagia orofaríngea y sus signos y síntomas.
- Reconocer signos de alarma ante un atragantamiento y/o broncoaspiración.
- Conocer las texturas de los alimentos que tolera cada paciente.

OBJETIVOS DE ACTITUDES

- Mejorar la actitud ante la disfagia.
- Mejorar la predisposición para adoptar buenos hábitos de vida.
- Manifestar confianza para el manejo de la disfagia orofaríngea en el domicilio.

5. CONTENIDOS

Este proyecto educativo se impartirá a través de un taller que constará de 3 sesiones, impartidas por personal de enfermería de atención primaria del Centro de Salud Parque Europa, en Pinto, donde se tratarán los siguientes temas:

- Fisiología y fisiopatología de la deglución
- Marco teórico sobre la disfagia; qué es, signos y síntomas de alarma, posibles complicaciones y recomendaciones de pautas a seguir.
- Hábitos alimenticios saludables para personas con disfagia orofaríngea.
- Conocer diferentes texturas de alimentos y como obtenerlos.
- Menús adaptados con textura pudding y néctar.

6. SESIONES TÉCNICAS DE TRABAJO

Las sesiones se estructurarán de la siguiente manera:

<u>SESIÓN 1: ¿Qué es la disfagia orofaríngea?</u>
Objetivo: Explicar los aspectos básicos sobre la disfagia orofaríngea.
Contenidos: definición de disfagia orofaríngea, fisiología de la deglución, fisiopatología de la deglución.
Tiempo: 70 minutos.
Estructura: <ul style="list-style-type: none">• 15' - Presentación de la docente y presentación entre los participantes del taller.• 10' - Cuestionario previo de evaluación (Anexo 7)• 15' - Definición de la disfagia, tipos, incidiendo en la disfagia orofaríngea.• 15' - Fisiología de la deglución.• 15' - Fisiopatología de la deglución.
Recursos: <ul style="list-style-type: none">• Sala con asientos.• Ordenador con proyector.• Presentación PowerPoint.
Evaluación: se realizará un test sobre conocimientos previos (Anexo 7) y sobre los conocimientos adquiridos en el taller. Los resultados esperados serán que los participantes del taller comprendan que es la disfagia, la fisiología de la deglución y su fisiopatología.

SESIÓN 2: Detectar e identificar signos, síntomas y complicaciones de la disfagia orofaríngea.

Objetivo: Explicar signos, síntomas y complicaciones de la disfagia orofaríngea y presentar diferentes texturas.

Contenidos:

- Signos y síntomas de la disfagia orofaríngea, incidiendo en los signos de alarma, las complicaciones y recomendaciones para evitarlas.
- Texturas y hábitos alimenticios.

Tiempo: 60 minutos.

Estructura:

- 15' - Explicar signos y síntomas.
- 10' - Explicar riesgos de complicaciones y como prevenirlas.
- 15' - Explicar hábitos alimenticios saludables.
- 20' - Explicar diferentes texturas de manera práctica.

Recursos:

- Sala con asientos.
- Ordenador con protector.
- Presentación PowerPoint.
- Agua o zumo, vasos desechables, cucharillas y espesantes.
- Cartel con síntomas de alarma y complicaciones. (Anexo 8)
- Cartel con recomendaciones de hábitos saludables en la ingesta en pacientes con disfagia.

Evaluación:

- Participación de los integrantes.
- Observación directa.

SESIÓN 3: ¿Cómo elaborar un menú para personas con disfagia orofaríngea?

Objetivo: Saber elaborar diferentes platos de comida con texturas tipo néctar y pudding.

Contenidos:

- Ejemplos de diferentes tipos de menús.

Tiempo: 50 minutos.

Estructura:

- 20' - Explicar las texturas y los alimentos bien tolerables.
- 20' - Explicar los alimentos a evitar en personas con disfagia.
- 15' - Indicar dieta saludable y nutricionalmente correcta para ancianos con disfagia orofaríngea.
- 5' - Resolución de dudas.
- 10' - Cuestionario final de evaluación. (Anexo 7)

Recursos:

- Sala con asientos.
- Ordenador con protector.
- Presentación PowerPoint.
- Videos con ejemplos de menús.

Evaluación:

- Participación de los integrantes.
- Observación directa.

7. EVALUACIÓN

7.1 EVALUACIÓN DE LA ESTRUCTURA Y DEL PROCESO

Para la evaluación de la estructura y del proceso emplearemos:

- Encuesta de satisfacción, donde los participantes evaluarán aspectos como número de asistentes, proceso de captación, idoneidad de este y la calidad de quien lo imparte. (Anexo 10)
- Observación sistemática, mediante un observador que valora y observa cada detalle, apoyando al docente que imparte las sesiones, rellenando al final de cada sesión el guion del observador, donde se valoran ítems sobre la adecuación de la programación en cuanto a fechas y horarios establecidos para facilitar la asistencia de los participantes, número de sesiones impartidas, contenido de estas, técnicas educativas utilizadas con respecto a los objetivos, calidad de los recursos materiales empleados y participación de los asistentes. (Anexo 11)

7.2 EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS

La evaluación de los resultados de los talleres comprende la evaluación de los conocimientos teóricos, actitudes y habilidades que han adquirido o reforzado los participantes de los talleres.

Los conocimientos teóricos se evaluarán mediante un test previo y posterior a los talleres, (Anexo 7) donde el previo se realizará en la primera sesión y el posterior en la última sesión, pudiendo valorar con ello los conocimientos que han adquirido los participantes.

El código de identificación de los participantes deberá ser anónimo mediante un código, poniendo los dos últimos dígitos de su año de nacimiento y la primera letra del nombre de su calle, de tal manera que se pueda relacionar el pre test con el post test manteniendo el anonimato de los participantes.

Las habilidades se evaluarán mediante la observación sistemática, con un check list donde se verificará si es capaz de manejar dicha habilidad o no (Ver Anexo 12) y las actitudes mediante la participación y la predisposición de estos.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. INE. Instituto Nacional de Estadística. Proyecciones de Población 2022-2072. 2022 Septiembre,.
2. Demography of Europe - An ageing population. Available at: <https://www.ine.es/prodyser/demografia UE/bloc-1c.html?lang=es>. Accessed Mar 8, 2023.
3. Alvarado García AM, Salazar Maya ÁM. Análisis del concepto de envejecimiento. Gerokomos 2014 06/;25(2):57-62.
4. Thiyagalingam S, Kulinski AE, Thorsteinsdottir B, Shindelar KL, Takahashi PY. Dysphagia in Older Adults. Mayo Clin Proc 2021 -02;96(2):488-497.
5. MeSH Linked Data. Available at: <https://id.nlm.nih.gov/mesh/>. Accessed Mar 8, 2023.
6. Velasco MM, Arreola V, Clavé P, Puiggrós C. Abordaje clínico de la disfagia orofaríngea: diagnóstico y tratamiento. Nutrición Clínica en Medicina. Unidad de Disfagia . 2007 Noviembre,;1(3):174-202.
7. Baijens LW, Clavé P, Cras P, Ekberg O, Forster A, Kolb GF, et al. European Society for Swallowing Disorders – European Union Geriatric Medicine Society white paper: oropharyngeal dysphagia as a geriatric syndrome. Clin Interv Aging 2016 -10-07;11:1403-1428.
8. Ariza-Galindo CJ, Rojas Aguilar DM, Ariza-Galindo CJ, Rojas Aguilar DM. Disfagia en el adulto mayor. Universitas Medica 2020 12/;61(4):117-128.
9. Alvarado García AM, Salazar Maya ÁM. Análisis del concepto de envejecimiento. Gerokomos 2014 06/;25(2):57-62.
10. Carrillo Prieto E, Aragón Chicharro S, García Meana JF, Calvo Morcuende B, Pajares Bernardo M. Disfagia y estado nutricional en ancianos institucionalizados. Gerokomos 2016 12/;27(4):147-152.
11. Bellido Guerrero D, Martínez Olmos MA. Nutrición y disfagia. Fisioterapia 2003;25(5):306-310.
12. Martín A, Ortega O, Clavé P. Disfagia orofaríngea, un nuevo síndrome geriátrico. Rev Esp Geriatr Gerontol 2018 /01/01;53(1):3-5.

13. Clavé P. Disfagia orofaríngea en el anciano. Rev Esp Geriatr Gerontol 2012 /07/01;47(4):139-140.
14. Marmouset F, Hammoudi K, Bobillier C, Morinière S. Fisiología de la deglución normal. EMC - Otorrinolaringología 2015 -08;44(3):1.
15. Gutiérrez Fonseca R, Sambrano L, Barbeito MB, HRJC U, Guillan M. Disfagia orofaríngea: conceptos y conocimiento necesarios para el especialista de ORL. ; 2017.
16. Cámpora H, Falduti A. Evaluación y tratamiento de las alteraciones de la deglución. Revista americana de medicina respiratoria 2012 09;/12(3):98-107.
17. Canham M. Revisión de la disfagia orofaríngea en adultos mayores. Nursing 2017 /01/01;34(1):42-47.
18. Felipe Salech M, Rafael Jara L, Luis Michea A. Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. Rev Med Clin Condes 2012 /01/01;23(1):19-29.
19. Rodríguez Acevedo MN, Vaamonde Lago P, González Paz T, Quintana Sanjuás A, González Cortés MJ. Disfagia orofaríngea: Actualización y manejo en poblaciones específicas. . 1º ed.: Sociedad Gallega de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial; 2018.
20. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, (SEGG). Tratado de Geriatria para residentes. Madrid: International Marketing & Communication, S.A. (IM&C).
21. Christmas C, Rogus-Pulia N. Swallowing Disorders in the Older Population. J Am Geriatr Soc 2019 -12;67(12):2643-2649.
22. Nazar G, Ortega A, Fuentealba I. Evaluación y manejo integral de la disfagia orofaríngea. Revista médica clínica Condes . 2009.
23. Veitía G. Disfagia orofaríngea. Gen 2009 12;/63(4):302-307.
24. Venegas M, Navia R, Fuentealba I, Diez de Medina M, Kunstmann P. Manejo hospitalario de la persona mayor con disfagia: Revista médica clínica Las Condes 2019 Septiembre.
25. Fernández-Carmona A, Peñas-Maldonado L, Yuste-Osorio E, Díaz-Redondo A. Exploración y abordaje de disfagia secundaria a vía aérea artificial. Medicina Intensiva 2012 09;/36(6):423-433.
26. Ponce M, Garrigues V, Ortiz V, Ponce J. Trastornos de la deglución: un reto para el gastroenterólogo. Gastroenterol Hepatol 2007 /10/01;30(8):487-497.

27. SEMERGEN, Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria, Ricote Belinchón M, Alcalde Muñoz S. Guía de la disfagia. Manejo de la disfagia en atención primaria. : BrysemFARMA SL; 2020.
28. Belafsky PC, Mouadeb DA, Rees CJ, Pryor JC, Postma GN, Allen J, et al. Validity and Reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10). *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2008 -12-01;117(12):919-924.
29. Burgos R, Sarto B, Seguro H, Romagosa A, Puiggrós C, Vázquez C, et al. Traducción y validación de la versión en español de la escala EAT-10 (Eating Assessment Tool-10) para el despistaje de la disfagia. *Nutrición Hospitalaria* 2012 12/;27(6):2048-2054.
30. Zamora Mur A, Palacín Ariño C, Guardia Contreras AI, Zamora Catevilla A, Clemente Roldán E, Santaliestra Grau J. Importance of the detection of dysphagia in geriatric patients. *Semerger* 2018 -04;44(3):168-173.
31. García-Peris P, Velasco C, Frías Soriano L. Manejo de los pacientes con disfagia [Puesta al día sobre paciente crónico con necesidad de soporte nutricional]. *Nutrición Hospitalaria Suplementos* 2012;5(1):33-40.
32. Hernández-Bello E, Castellot-Perales L, Tomás-Aznar C. Valoración de la disfagia con el test método exploración clínica volumen-viscosidad en pacientes ingresados tras un accidente cerebrovascular. *Rev Cient Soc Esp Enferm Neurol* 2019 /01/01;49:8-15.
33. Ashbaugh Enguádanos RA, Moreno Borreguero A, Ashbaugh Enguádanos RA, Moreno Borreguero A. Espesantes comerciales clásicos y de nueva generación. Cualidades organolépticas y utilidad en las pruebas diagnósticas de la disfagia. *Nutrición Hospitalaria* 2020 12/;37(6):1093-1094.
34. Mínguez Díez MdC. ¿El método de exploración clínica volumen-viscosidad es válido y seguro para detectar pacientes con disfagia orofaríngea? *Evidentia: Revista de enfermería basada en la evidencia* 2015;12(51-52):15.
35. Clavé P, Arreola V, Velasco M, Quer M, Castellví JM, Almirall J, et al. Diagnóstico y tratamiento de la disfagia orofaríngea funcional. Aspectos de interés para el cirujano digestivo. *Cir Esp* 2007 /08/01;82(2):62-76.
36. Observatorio de resultados - Portal de Salud de la Comunidad de Madrid.

ANEXOS

Anexo 1: Test EAT-10 para el cribado de la disfagia.

EAT-10: Eating Assessment Tool Despistaje de la Disfagia

FECHA

APELLIDOS

NOMBRE

SEXO

EDAD

OBJETIVO

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

A. INSTRUCCIONES

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

1 Mi problema para tragar me ha llevado a perder peso

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

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

7 El placer de comer se ve afectado por mi problema para tragar

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

8 Cuando trago, la comida se pega en mi garganta

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

9 Toso cuando como

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

10 Tragar es estresante

0 = ningún problema

1

2

3

4 = es un problema serio

A. PUNTUACIÓN

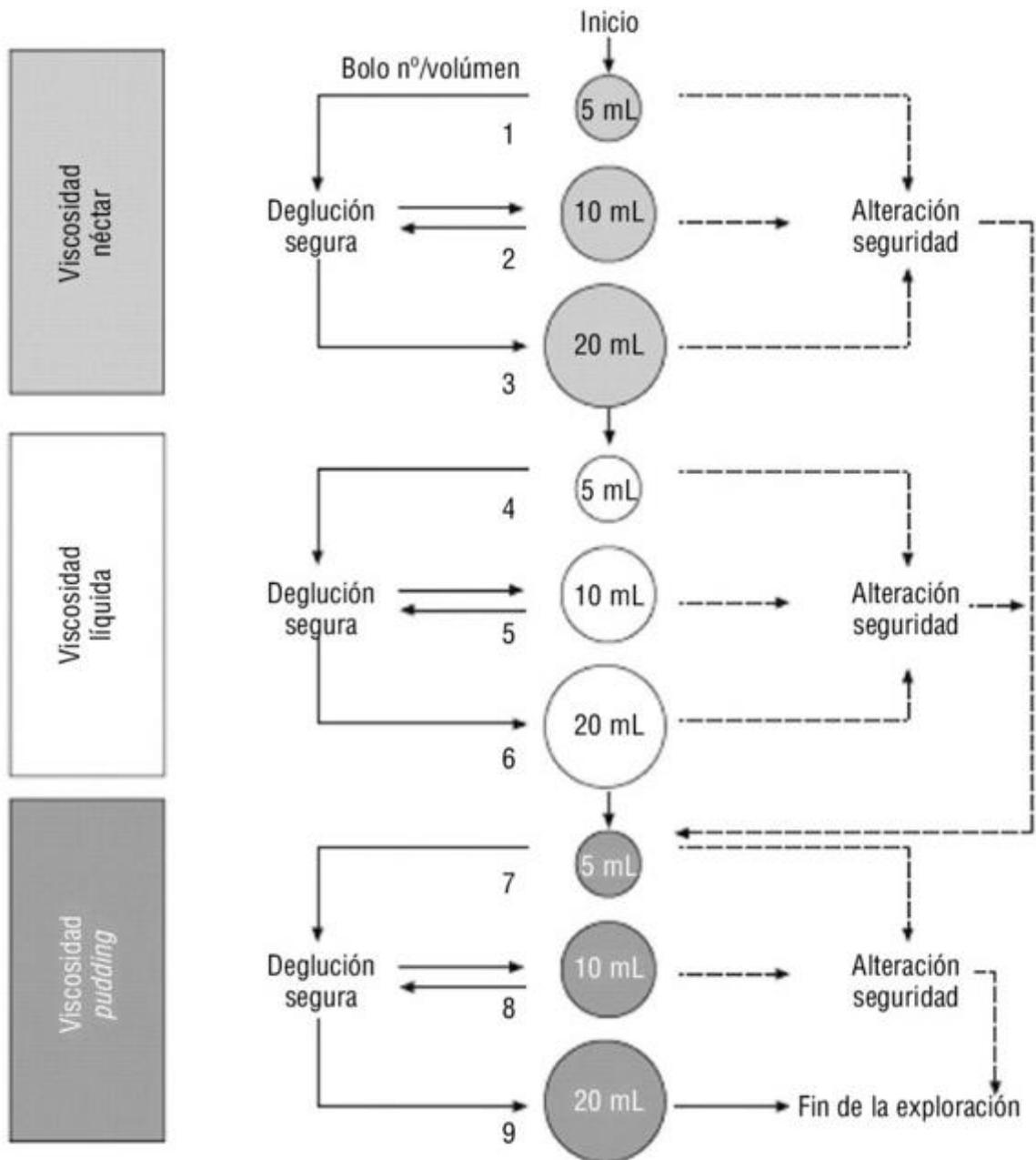
Sume el número de puntos y escriba la puntuación total en los recuadros.

Puntuación total (máximo 40 puntos)

C. QUÉ HACER AHORA

Si la puntuación total que obtuvo es mayor o igual a 3, usted puede presentar problemas para tragar de manera eficaz y segura. Le recomendamos que comparta los resultados del EAT-10 con su médico.

Anexo 2: Secuencia de realización del método de exploración clínica volumen-viscosidad (MECV-V).



Secuencia de realización del método de exploración clínica volumen-viscosidad (MECV-V). (32)

Anexo 3: Tabla de registro de resultados de MECV – V.

	PUDDING 5 10 20	MIEL 5 10 20	NECTAR 5 10 20	LIQUIDO 5 10 20
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
SIGNOS DE ALTERACION DE SEGURIDAD				
Tos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Voz alterada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Desaturación	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
SIGNOS DE ALTERACION DE EFICACIA				
Sello labial alt.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Residuo oral	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Degl. fraccionada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Residuo faringe	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
OTROS: Editar				

RESULTADO

RECOMENDACION

Tabla de registro de resultados de MECV – V. (32)

Anexo 4: Cartel informativo para el centro de salud “Aprendiendo a manejar la disfagia.”

Aprendiendo a manejar La disfagia orofaríngea en casa

Aprende a manejar la disfagia en casa.

Talleres dirigidos a:

- **Pacientes**
- **Cuidadores principales**

Realización de los talleres:

- **5 de Junio**
- **7 de Junio**
- **9 de Junio**



Inscríbete mediante este QR
o pide la hoja de inscripción
en el mostrador



Cartel informativo para colgar en el Centro de Salud Parque Europa. Elaboración propia

Anexo 5: Artículo para la revista Zigzag de Pinto.

Editorial

ZIGZAG Pinto

Miércoles, 26 de abril de 2023

Desde el Centro de Salud Parque Europa comunicamos la presentación del taller: "APRENDIENDO A MANEJAR LA DISFAGIA EN CASA"

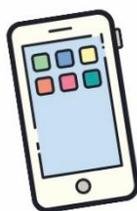
Los participantes del taller deben ser pacientes del centro de salud diagnosticados de disfagia orofaríngea y/o sus cuidadores principales.

En este taller abordaremos el manejo de la disfagia en cada, en 3 sesiones realizadas los días 5, 7, 9 de Junio de 2023.

Conoceremos qué es la disfagia orofaríngea, como manejarla, como tener buenos hábitos alimenticios, como detectar signos y síntomas, como detectar complicaciones y como prevenirlas.

La inscripción se puede realizar desde el código QR presente o desde la ventanilla de información del Centro de Salud Parque Europa, rellenando la misma inscripción.

CÓDIGO QR PARA INSCRIBIRSE AL TALLER



**O BIEN SOLICITE LA
INSCRIPCION EN EL CENTRO DE
SALUD PARQUE EUROPA**



Artículo para la revista Zigzag de Pinto. Elaboración propia.

Anexo 6: Hoja de inscripción para el taller sobre el manejo de la disfagia en el domicilio.

INSCRIPCIÓN PARA EL TALLER:

Aprendiendo a manejar la disfagia en casa

Datos del paciente:

NOMBRE: _____

APELLIDOS: _____

EDAD: _____

DNI/NIE: _____

DIRECCIÓN: _____

CODIGO POSTAL: _____ **LOCALIDAD:** _____

TELÉFONO DE CONTACTO: _____

Datos del cuidador principal:

NOMBRE: _____

APELLIDOS: _____

EDAD: _____

DNI/NIE: _____

DIRECCIÓN: _____

CODIGO POSTAL: _____ **LOCALIDAD:** _____

TELÉFONO DE CONTACTO: _____

Firma del responsable:

Hoja de inscripción para el taller sobre la disfagia. Elaboración propia.

Anexo 7: Evaluación de conocimientos pre y post taller.

TEST DE EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS PRE Y POST TALLER.

Código del participante: _____

1. **¿Cuáles son las etapas de la deglución?**
 - a. Etapa de preparación oral y etapa faríngea
 - b. Etapa faríngea, esofágica y estomacal.
 - c. Etapa de preparación oral, etapa oral, faríngea y esofágica
2. **¿Qué entiende por disfagia orofaríngea?**

.....

.....
3. **¿Cree que la disfagia orofaríngea es un grave problema? ¿Por qué?**

.....

.....
4. **¿Cuál es la causa más común de padecer disfagia orofaríngea?**

.....

.....
5. **¿Cuáles son las complicaciones de la disfagia orofaríngea?**
 - a. Deshidratación y desnutrición
 - b. Atragantamiento y broncoaspiración
 - c. Todas son correctas
6. **¿Conoce el test MECV-V? Si su respuesta es afirmativa explique para que se utiliza**

.....

.....
7. **¿Cuál no se considera un signo de padecer disfagia orofaríngea?**
 - a. Babeo
 - b. Tos en la ingesta
 - c. Todas correctas
8. **¿Qué alimentos se deben evitar si padece disfagia orofaríngea?**
 - a. Coliflor
 - b. Pescados con espinas y/o pieles
 - c. Coliflor
9. **¿Qué cuidados hay que tener en cuenta para las personas que padecen disfagia?**
 - a. Buena higiene alimenticia
 - b. Buena higiene postural
 - c. Todas correctas
10. **¿Cuáles son medidas para prevenir complicaciones durante la ingesta?**
 - a. Facilitar la ingesta con pajita o jeringa
 - b. Menú variado y a temperatura tolerable
 - c. Mantener una correcta higiene bucal

Anexo 8: Cartel con síntomas de alarma y complicaciones.

DISFAGIA OROFARÍNGEA

Dificultad para tragar

Síntomas de alarma

- Tos
- Babeo
- Residuos en la boca
- Dificultad al tragar
- Deglución fraccionada
- Dolor al tragar
- Regurgitación de alimento
- Cambio de voz durante la ingesta

Complicaciones

- Atragantamiento
- Ingresos hospitalarios
- Desnutrición
- Deshidratación
- Broncoaspiración

Cartel con síntomas de alarma y complicaciones. Elaboración propia.

Anexo 9: Recomendaciones de hábitos saludables para personas con disfagia.

RECOMENDACIONES DE HÁBITOS SALUDABLES PARA PERSONAS CON DISFAGIA

 <p>Recomendaciones en la ingesta</p>	 <p>Persona despierta y alerta</p>	 <p>Entorno tranquilo</p>
 <p>No utilizar jeringas ni pajitas</p>	 <p>Sentarse bien erguido</p>	 <p>Comer despacio y pequeñas cantidades</p>
 <p>Evitar distracciones</p>	 <p>Buena higiene bucal</p>	 <p>Textura de los alimentos adecuada</p>
 <p>Evitar alimentos de doble textura</p>	 <p>Evitar alimentos pegajosos</p>	 <p>Temperatura tolerable de la comida</p>

Recomendaciones de hábitos saludables para personas con disfagia. Elaboración propia

Anexo 10: Encuesta de satisfacción.

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

Valore del 1 al 5, siendo 5 la puntuación más alta el grado de satisfacción que le ha generado la realización de este taller.

En relación con la enfermera docente:

Domina correctamente el temario a tratar	1	2	3	4	5
Se expresa de manera clara y fácil de entender	1	2	3	4	5
Responde y aclara dudas y preguntas	1	2	3	4	5
Planifica correctamente el desarrollo de la sesión	1	2	3	4	5
Las sesiones son dinámicas y motivadoras	1	2	3	4	5
Recursos y estrategias correctas	1	2	3	4	5
Promueve a la participación de los integrantes	1	2	3	4	5
Valoración global de la enfermera docente	1	2	3	4	5

En relación con las sesiones:

El número de participantes es adecuado	1	2	3	4	5
El lugar de realización de las sesiones es adecuado	1	2	3	4	5
Las fechas y horarios favorecen la asistencia a las sesiones	1	2	3	4	5
Contenido de las sesiones	1	2	3	4	5
Se ajusta a los horarios	1	2	3	4	5
Calidad de los materiales	1	2	3	4	5
Participación de los integrantes del taller	1	2	3	4	5
Valoración global	1	2	3	4	5

Comentarios:

Encuesta de satisfacción. Elaboración propia

Anexo 11: Guion para la evaluación a través de la observación sistemática de las sesiones impartidas en el taller.

GUION PARA LA EVALUACION A TRAVÉS DE LA OBSERVACIÓN SISTEMÁTICA DE LAS SESIONES IMPARTIDAS EN EL TALLER

Puntualidad en las sesiones	SI	No
Asistencia de los participantes	SI	No
Buena acogida de los participantes	SI	No
Contacto visual	SI	No
Respeto los tiempos	SI	No
Permite hacer preguntas y aclara dudas	SI	No
Investiga los conocimientos previos que tienen los participantes de las cuestiones a tratar en la sesión	SI	No
Empleo de lenguaje sencillo	SI	No
Se asegura de que la información ha sido comprendida	SI	No
Hace hincapié en los aspectos más importantes	SI	No
Facilita recursos de apoyo	SI	No
Acepta la expresión de ideas y emociones de los participantes	SI	No
La sesión es dinámica	SI	No
Fomenta la participación de los integrantes	SI	No
Actitud receptiva y respetuosa	SI	No

Guion para la evaluación a través de la observación sistemática de las sesiones impartidas en el taller.
Elaboración propia.

Anexo 12: Check list para la evaluación de habilidades.

CHECK LIST PARA LA EVALUACIÓN DE HABILIDADES		
Conoce la función del espesante	SI	No
Es capaz de conseguir una textura néctar desde un líquido	SI	No
Es capaz de conseguir una textura pudding desde un líquido	SI	No
Sabe como espesar alimentos líquidos	SI	No
Sabe reconocer dobles texturas	SI	No
Es capaz de adaptar menús a textura néctar	SI	No
Es capaz de adaptar menús a textura pudding	SI	No
Es capaz de confeccionar un menú adecuado nutricionalmente para una persona con disfagia orofaríngea	SI	No

Check list para la evaluación de habilidades. Elaboración propia.

