



MANUAL DE MANEJO INTEGRAL DE LA DISFAGIA EN CENTROS SOCIOSANITARIOS

Volumen I:
Abordaje desde el
equipo
multidisciplinar



MANUAL DE MANEJO INTEGRAL DE LA DISFAGIA EN CENTROS SOCIOSANITARIOS

**VOLUMEN I: ABORDAJE DESDE EL EQUIPO
MULTIDISCIPLINAR**

Vicepresidencia y Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas

Elaboración:

Dirección General de Personas Mayores

Diseño:

Servicios de Farmacia Sociosanitarios

Imprime:

Centro Especial de Empleo. IVASS

Primera Edición:

Junio 2022

ISBN:

Obra completa: 978-84-482-6743-8

Volumen I: 978-84-482-6744-5

Depósito legal:

V-2822-2022

SALUDA VICEPRESIDENTA Y CONSELLERA DE IGUALDAD Y POLÍTICAS INCLUSIVAS

La transformación del modelo de cuidados es un reto imparable. En 2018, en la Vicepresidencia y Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas aprobamos el proyecto piloto "L'alegria de conviure", dando con ello inicio al proceso de cambio del actual modelo residencial por uno nuevo, diseñado para acompañar a las personas mayores en todo el proceso de envejecimiento, con una atención basada en la calidad y la calidez, y con la participación de todas las personas interesadas, para dar respuesta a las necesidades de la sociedad actual.

En la presente legislatura, hemos limitado normativamente el número de plazas de atención residencial a un máximo de cien. Hemos aprobado el Pla Convivint, el primer plan de infraestructuras sociales para generar mayor número de plazas públicas desde la proximidad. Hemos elaborado el programa "Cuide'M", que apuesta por un modelo de atención integral centrada en la persona, y que huye de la rigidez de un modelo centrado en los servicios y ajeno a las personas, sus necesidades, preferencias y deseos. Apostamos por que las personas vivan en sus casas, más tiempo y mejor, y que ingresen en una residencia sólo cuando lo anterior no sea posible. El objetivo de la Vicepresidencia y Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas no es otro que humanizar, dignificar y garantizar unas condiciones de vida más felices y de calidad a las personas que forman parte del Sistema Valenciano de Servicios Sociales.

Este manual que tienes en tus manos es un paso más. Pretende facilitar la alimentación de las personas que padecen disfagia, que en el ámbito institucionalizado representan más del 56%. Pero también está dirigido a las personas con disfagia que viven en sus casas y que encontrarán en el segundo volumen recetas prácticas de la gastronomía valenciana, así como consejos sobre la presentación de los platos y otros aspectos prácticos.

Poner las personas en el centro de nuestra mirada incluye también mimar su alimentación según sus gustos y preferencias, atendiendo a cualquier circunstancia que las acompañe en su proyecto de vida. En definitiva, la apuesta por este manual es la de facilitar la vida de las personas con dificultades para disfrutar de la comida y contribuir así a que sean más felices, vivan donde vivan.

Mónica Oltra Jarque

SALUDA DE LA DIRECTORA GENERAL DE PERSONAS MAYORES

Tenemos por delante todo un manual de manejo integral de la disfagia en centros sociosanitarios, en dos volúmenes. El primero está dedicado a su abordaje desde el equipo interdisciplinar, y por tanto, muy centrado en los servicios de atención residencial. Se centra en el diagnóstico, e incorpora técnicas posturales y numerosas cuestiones relativas a la hidratación y nutrición, en un abordaje integral. En cambio, el segundo volumen lo plantea desde el servicio de cocina, y contiene aspectos prácticos, como por ejemplo, la presentación de los platos, incluyendo numerosas recetas en sucesivas fichas técnicas, con sus fotos respectivas. Este segundo volumen es totalmente accesible desde la página web de la Dirección General de Personas Mayores también para las personas que sufren disfagia, y que viven en sus casas.

La alimentación adecuada es una fuente de salud, que además cobra gran importancia en nuestras vidas cotidianas, cuando elegimos qué comemos, cómo, con quién, y dónde, porque nos resulta más satisfactorio.

Sabemos que la prevalencia de la disfagia en personas mayores de 75 años se acerca mucho al 50%, y que en personas con la Enfermedad de Alzheimer, por ejemplo, representa casi el 85%. Pero afecta a muchas más personas, como por ejemplo, a quienes padecen Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) o Esclerosis Múltiple. Pues bien, con este manual pretendemos que las personas con disfagia, con independencia de la edad que tengan, puedan elegir sus menús como deseen, sin que la disfagia suponga un problema a la hora de diferenciar los aromas y sabores de la cocina valenciana. Las recetas que incorpora el volumen II son de platos reales, cocinados en centros residenciales de la Comunitat Valenciana, que sirven como idea para replicar otras, huyendo de los tradicionales platos triturados de aspecto similar día tras día. La técnica de texturizar los ingredientes por separado hace que los platos sean más atractivos y se puedan degustar e identificar mejor los sabores.

El manual en su conjunto no habría sido posible sin la implicación y dedicación de las personas profesionales que han colaborado para hacerlo realidad. Estas profesionales conocen de primera mano las circunstancias de los centros de personas mayores, porque están presentes en ellos, con diferentes perfiles, y comparten el interés en dar a la alimentación en los centros sociosanitarios, la importancia que tiene en las vidas de las personas. A su conocimiento práctico, se suma su conocimiento técnico y profesional, y el resultado de su esfuerzo es este manual.

Para la Dirección General de personas Mayores, lo más importante es que este manual contribuya a que la alimentación pueda ser percibida como una de las actividades significativas para las personas que sufren disfagia, vivan donde vivan, y de este modo, preservar su capacidad de elegir, y que así disfruten de una vida más amable, más digna y más feliz.

M^a José Pérez Magdalena

INDICE DE AUTORES

Coordinadora Volumen I

Patricia Bravo José

Farmacéutica especialista en Farmacia Hospitalaria. Máster en Nutrición Clínica.

Responsable del Servicio de Farmacia.

Residencia y Centro de día para Personas Mayores Dependientes de Burriana (Castellón).

Autores Volumen I

Irene Almela Váquer

Fisioterapeuta

Servicio de Rehabilitación

Residencia y Centro de día para Personas Mayores Dependientes de Burriana (Castellón).

Patricia Bravo José

Farmacéutica especialista en Farmacia Hospitalaria.

Responsable del Servicio de Farmacia.

Residencia y Centro de día para Personas Mayores Dependientes de Burriana (Castellón).

Elisa Cavero Rodrigo

Farmacéutica especialista en Farmacia Hospitalaria.

Farmacéutica adjunta.

Servicio de Farmacia.

Residencia y Centro de día para Personas Mayores Dependientes de "El Pinar" (Castellón).

Ana De la Vega Ortega

Farmacéutica especialista en Farmacia Hospitalaria.

Farmacéutica adjunta.

Servicio de Farmacia.

Residencia y Centro de día para Personas Mayores Dependientes de Carlet (Valencia).

Minerva M. Espert Roig

Farmacéutica especialista en Farmacia Hospitalaria.

Farmacéutica adjunta.

Servicio de Farmacia.

Residencia para Personas Mayores Dependientes La Cañada (Valencia).

Pilar Fontes Sarrión

Diplomada Universitaria de enfermería.

Coordinadora Atención sanitaria.

Instituto Valenciano de Servicios Sociales (IVASS) (Valencia)

Gemma García Escobar

Fisioterapeuta.

Servicio de Rehabilitación.

Residencia y Centro de día para Personas Mayores Dependientes de Burriana (Castellón).

Aurora Javaloyes Tormo

Farmacéutica especialista en Farmacia Hospitalaria.

Farmacéutica adjunta.

Servicio de Farmacia.

Residencia para Personas Mayores Dependientes La Florida (Alicante)

M. Pilar Martínez Antequera

Farmacéutica especialista en Farmacia Hospitalaria.

Farmacéutica adjunta.

Servicio de Farmacia.

Residencia para Personas Mayores Dependientes La Cañada (Valencia).

Fernanda Piquer Navarro

Médico.

Residencia y centro de día para Personas Mayores Dependientes de Burriana (Castellón).

María Concepción Navarro Penela

Licenciada en Medicina y Cirugía.

Jefa de Programas Sociosanitarios.

Servicio de Centros de Personas Mayores. Dirección General de Personas Mayores.

INTRODUCCIÓN

María Concepción Navarro Penela

Jefa de Programas Sociosanitarios
Servicio de Centros de Personas Mayores
Dirección General de Personas Mayores

La alimentación de las personas va más allá de la propia ingesta de alimentos. Por supuesto ha de ser un vehículo para nutrirse adecuadamente y mantener un buen estado de salud, pero la alimentación también debe proporcionar placer y satisfacción, por lo que es fundamental tener en cuenta, no solo los requerimientos nutricionales de las personas a las que se dirige, sino también sus gustos, sus hábitos y sus preferencias.

Uno de los pilares básicos en los que se apoya el modelo de atención integral centrado en la persona, es precisamente la promoción de la autonomía, el apoyo para seguir tomando decisiones y tener control en la vida cotidiana, por lo que la alimentación, gran protagonista del día a día de las personas, debe satisfacer las preferencias personales, lo que conlleva apostar por menús acordes a las decisiones individuales.

La disfagia orofaríngea (DO), reconocida por la European Society for Swallowing Disorders (ESSD) y la European Union Geriatric Medicine Society (EUGMS) como un síndrome geriátrico¹, es muy prevalente en diferentes fenotipos de personas mayores, desde los que residen de forma independiente en la comunidad (27%), hasta los institucionalizados (más del 80%)².

Atendiendo a su elevada prevalencia, su relación con múltiples factores de riesgo, su interacción con otros síndromes geriátricos, las complicaciones que se derivan de ella y su mal pronóstico, este síndrome geriátrico requiere un abordaje multifactorial y multidisciplinar³⁻⁵.

La Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología afirma que es imperativo, desde un punto de vista asistencial, enfatizar la detección temprana de los signos y síntomas de la DO en las personas mayores y la optimización de su manejo con intervenciones masivas y sencillas, basadas en la evidencia, que permitan la

translación de la evidencia científica a la práctica clínica habitual de los centros sociosanitarios. Lo cual requiere, entre otros aspectos, adquirir nuevos conocimientos y aptitudes para manejar este emergente y prevalente síndrome geriátrico y mejorar nuestra capacidad de trabajo multidisciplinar⁶.

Con este objetivo se ha editado el presente manual, que pretende ofrecer herramientas prácticas, tanto a las personas profesionales de los centros sociosanitarios, como a familiares e incluso a las propias personas con DO, para hacer frente a aspectos fundamentales tales como reconocer los signos de disfagia y cómo diagnosticarla, conocer sus principales complicaciones y cómo prevenirlas, planificar el menú, garantizar el soporte dietético y nutricional adecuado, adaptar la consistencia apropiada de alimentos y bebidas, aplicar estrategias ante diversas situaciones terapéuticas, profundizar en los aspectos sensoriales o garantizar una alimentación segura. Todo ello desde una perspectiva multidisciplinar, de las y los profesionales que trabajan día a día en la materia, con la finalidad de otorgar la satisfacción global a las personas usuarias.

1. 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;11:1403-28.
2. Clavé P, Shaker R. Dysphagia: Current reality and scope of the problem. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2015;12:259-70.
3. Rofes L, Arreola V, Romea M, Palomera E, Almirall J, Cabré M, et al. Pathophysiology of oropharyngeal dysphagia in the frail elderly. *Neurogastroenterol Motil*. 2010;22:851-8.
4. Ortega O, Cabré M, Clavé P. Oropharyngeal dysphagia: Aetiology and effects of ageing. *J Gastroenterol Hepatol Res*. 2014;3:1049-54.
5. Smithard D. Dysphagia: A geriatric giant? *Med Clin Rev*. 2016; 2:1-7.
6. Martín A, Ortega O, Calvé P. Disfagia Orofaringea, un nuevo síndrome geriátrico. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2018; 53 (1): 3-5.

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

Coordinadora: Patricia Bravo José

BLOQUE I: CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA DISFAGIA, DIAGNÓSTICO Y COMPLICACIONES

Capítulo 1: Concepto y tipos de disfagia.....15

Autores: Fernanda Piquer, Minerva M. Espert, Patricia Bravo

Capítulo 2. Detección y diagnóstico de la disfagia orofaríngea33

Autores: Pilar Fontes, Ana de la Vega

Capítulo. 3. Complicaciones de la disfagia67

Autores: Minerva M. Espert, Ana de la Vega

BLOQUE II: INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS EN LAS PERSONAS RESIDENTES CON DISFAGIA

Capítulo 4. Intervención nutricional en las personas residentes con disfagia.....83

Autor: M. Pilar Martínez

Capítulo 5. Intervención hídrica en la persona residente con disfagia.....113

Autores: M. Pilar Martínez, Aurora Javaloyes

Capítulo 6. Intervención rehabilitadora en la persona residente con disfagia.....141

Autores: Irene Almela, Gemma García

Capítulo 7: Intervención farmacológica en la persona residente con disfagia

7,1- Adaptaciones farmacológicas en las personas residentes con disfagia..165

Autores: Minerva M. Espert, Elisa Cavero

7.2- Fármacos que pueden producir o agravar disfagia219

Autor: Patricia Bravo

Capítulo 8. Otras estrategias: estimulación sensorial, adaptación del menaje....235

Autores: M. Pilar Martínez

**BLOQUE III: SEGUIMIENTO DE LA PERSONA RESIDENTE CON
DISFAGIA E INDICADORES DE CALIDAD**

Capítulo 9. Seguimiento de la persona residente con disfagia.....247

Autor: Aurora Javaloyes

Capítulo 10. Indicadores de calidad en el diagnóstico y seguimiento de la persona
residente con disfagia261

Autores: Pilar Fontes, Elisa Cavero



**GENERALITAT
VALENCIANA**

Vicepresidència i Conselleria
d'Igualtat i Polítiques Inclusives



SISTEMA PÚBLIC
VALENCIÀ DE
SERVEIS SOCIALS

BLOQUE I: CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA DISFAGIA, DIAGNÓSTICO Y COMPLICACIONES

CAPÍTULO 1: CONCEPTO Y TIPOS DE DISFAGIA

Fernanda Piquer Navarro

Médico Residencia y centro de día para
Personas Mayores Dependientes de Burriana (Castellón)

Minerva M. Espert Roig

Farmacéutica Especialista en Farmacia Hospitalaria
Servicio de Farmacia
Residencia para Personas Mayores Dependientes
La Cañada (Valencia)

Patricia Bravo José

Farmacéutica especialista en Farmacia Hospitalaria
Servicio de Farmacia
Residencia y centro de día para
Personas Mayores Dependientes de Burriana (Castellón)

1. Concepto de disfagia
2. Fisiología de la disfagia
3. Tipos de disfagia
4. Principales causas de disfagia y prevalencia
5. Disfagia sarcopénica
6. Perfiles profesionales en el diagnóstico y seguimiento de las personas con disfagia en centros de mayores y en centros de personas con diversidad funcional
7. Conclusiones y recomendaciones
8. Bibliografía

1-CONCEPTO DE DISFAGIA

La disfagia es un trastorno de la deglución que se define como la dificultad para formar y/o desplazar el bolo alimentario o los líquidos de manera segura y eficaz, desde la cavidad oral hasta el estómago^{1,2}. Puede tener un origen estructural o funcional³.

La disfagia va unida, en quien la sufre, a una elevada tasa de morbimortalidad (desnutrición, deshidratación, complicaciones respiratorias)⁴, a alteraciones psicológicas (depresión) y sociales (aislamiento) y a un elevado coste económico para la sanidad⁵.

En el ámbito concreto de la tercera edad hablamos de **PRESBIFAGIA** para referirnos a la dificultad o imposibilidad de tragar debido a los procesos fisiopatológicos relacionado con el envejecimiento en personas sanas^{5,6}.

En el CIE-10 (clasificación internacional de enfermedades), la disfagia está incluida en R13.10, y desde R13.11 al 14 se distinguen los siguientes diagnósticos de disfagia: disfagia faríngea, faringoesofágica, oral y orofaríngea⁷.

En los Criterios de Roma IV la disfagia funcional se incluye entre los trastornos funcionales esofágicos⁸.

2-FISIOLOGÍA DE LA DISFAGIA

Para comprender cómo se produce la disfagia, es fundamental entender el mecanismo completo de la deglución.

La deglución se inicia⁵:

- Por el estímulo de receptores localizados en la lengua, paladar blando, úvula, y pared posterior de la faringe y la laringe.
- Por acción directa del sistema nervioso central (SNC)

El bulbo raquídeo y concretamente el núcleo del tracto solitario (NTS) va a tener una importancia crucial, ya que recibe aferencias tanto de los receptores orofaríngeos (mecánicos, térmicos y químicos) como de las fibras descendentes corticales y subcorticales. Precisamente, la presencia de toda esta red es la evidencia que apoya la existencia de un centro generador del patrón deglutorio o centro de deglución^{5,9}.

Las áreas de la corteza cerebral implicadas son diversas: corteza sensitivo motora, prefrontal, cingulada, insular, parietal-occipital y temporal⁵.

Vista pues la cantidad de estructuras implicadas en regular la deglución, resulta evidente por qué esta puede verse afectada en lesiones de diferente localización en el encéfalo.

Por último, estudios de neuroimagen sugieren que la fase oral de la deglución correspondería al hemisferio izquierdo, mientras que la fase faríngea sería mas propia del hemisferio derecho⁵.

La deglución normal transcurre en tres fases (oral, faríngea y esofágica) e intervienen mecanismos voluntarios e involuntarios en los que están implicados los siguientes pares craneales: trigémino (V), facial (VII), glossofaríngeo (IX), vago (X), espinal (XI) e hipogloso (XII), mas de treinta músculos de la boca, faringe, laringe y esófago y los primeros segmentos cervicales (C1-C3)^{5,9}.

A la complejidad del proceso propio de la ingesta, hay que añadir que, en las dos primeras fases de la deglución, la **orofaringe** pasa de ser una **vía respiratoria y fonatoria** a ser una vía **deglutoria**, al abrirse la entrada al esófago y cerrarse la entrada a la laringe. Los centros neurales que participan en el control de ambos procesos, respiración y deglución, se alojan en el bulbo raquídeo⁵.

Conocer la fisiología de la deglución nos será de utilidad para:

- interpretar la clínica que presentan los pacientes
- valorar los resultados de las pruebas diagnósticas y
- adecuar el tratamiento al tipo de disfagia

A continuación, se detallan las características de las tres fases implicadas:

2.1 .-FASE ORAL: 4,5,9,10,11,12

Distinguimos entre:

1.- Fase oral preparatoria.

Esta fase es voluntaria (mediante control cortical). En esta fase:

- Se mastica el alimento y se forma el bolo.

- Los labios quedan sellados, la saliva modifica la viscosidad y la lengua se eleva hacia el paladar blando.
- El bolo es empujado hacia atrás
- Se puede respirar por la nariz

2.- Fase oral de transporte.

Esta segunda fase también es voluntaria (control cortical) y en ella:

- El bolo es transportado hacia la faringe.
- La lengua empuja el bolo contra el paladar duro y al contraerse el músculo hipogloso, ésta forma un canal por el que el bolo se desliza hacia la faringe.
- Al pasar el bolo a través del istmo de las fauces, acaba la fase oral y se desencadena el reflejo de la deglución.

2.2.- FASE FARÍNGEA: 4,5,9,10,11,12

Esta fase es involuntaria.

Recoge los procesos que ocurren desde que el bolo pasa por el istmo de las fauces hasta que atraviesa el esfínter esofágico superior (EES).

Su duración es inferior a un segundo.

Durante esta fase quedan separadas la vía aérea de la digestiva, impidiendo que los alimentos pasen a la primera.

En ella tienen lugar cuatro acontecimientos:

- 1.- Cierre del esfínter velofaríngeo, cuyo objetivo es evitar el reflujo nasal de los alimentos.
- 2.- Oclusión del esfínter laríngeo, para aislar la vía aérea de la digestiva.
- 3.- Propulsión del bolo a través de la faringe, con el objetivo de dirigir el bolo hacia el EES.
- 4.- Apertura del esfínter esofágico superior, con lo que se permite el paso del bolo hacia el estómago. Posteriormente se cierra para evitar el reflujo gastroesofágico.

2.3.- FASE ESOFÁGICA: 4,5,9,10,11,12

Se trata de una fase involuntaria.

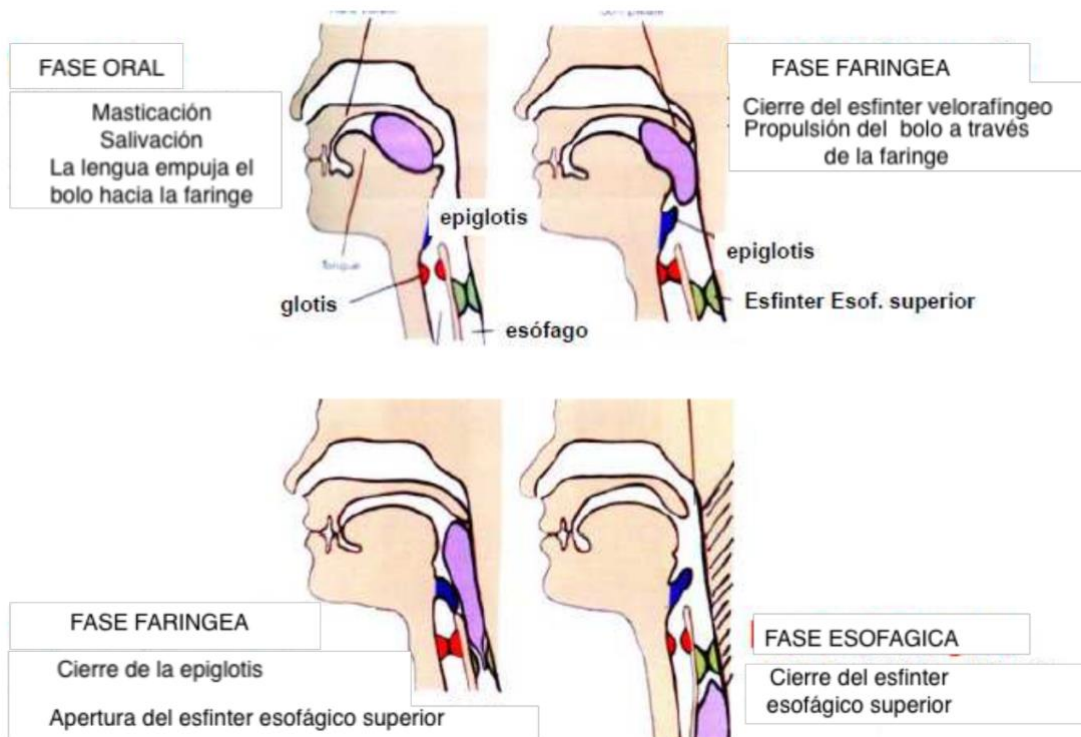
Comprende el paso del bolo desde el EES hasta el estómago.

Es consecuencia básicamente del peristaltismo generado por los músculos del esófago y por la propia acción de la gravedad. Ante la presencia del bolo, el EES se

abre y aquel cae al estómago, volviéndose a cerrar después para evitar así el reflujo gastroesofágico.

Algunos autores hablan de una *FASE* previa denominada **PRE-ORAL O ANTICIPATORIA** que respondería a estímulos visuales, olfativos y táctiles entre otros que condicionarían un reflejo psíquico que favorecería la secreción de saliva y el deseo, o no, de comer^{9,10}. La figura 1 resume de manera gráfica las fases de la deglución

Figura 1: fases de la deglución¹³



3-TIPOS DE DISFAGIA^{5,9,10,14}

3.1.- DISFAGIA OROFARÍNGEA^{5,9,10,14,15}

El bolo no puede llegar al esófago por un problema al inicio de la deglución, problema que puede ser oral, faríngeo o del EES. Los principales signos de disfagia orofaríngea son: tos, regurgitación nasofaríngea, sialorrea o xerostomía, deglución fraccionada, disartria e incluso aspiración¹⁴. Los signos suelen aparecer en los primeros instantes tras iniciar la deglución, aunque puede darse durante, después o unos minutos más tarde de la misma. En ocasiones, pueden pasar desapercibidos, dando lugar a aspiraciones silentes⁹.

Supone el 80% de las disfgias diagnosticadas¹⁵.

Es la más frecuente en ancianos sobre todo institucionalizados y condiciona una alteración de la *SEGURIDAD* asociada a una respuesta motora enlentecida (responsable de aspiraciones) y/o de la *EFICACIA* asociada a debilidad de la musculatura orofaríngea (responsable de desnutrición y deshidratación).

La disfagia orofaríngea ha sido reconocida como un síndrome geriátrico por la European Society for Swallowing Disorders (ESSD) y por la European Union Geriatric Medicine Society (EUGMS)^{16, 17}.

Distinguimos entre:

3.1.1.- DISFAGIA OROFARÍNGEA FUNCIONAL^{4,9,14,18}

Es el tipo de disfagia mas frecuente y se relaciona con enfermedades neurológicas (accidente cerebrovascular (ACV)), enfermedad de Párkinson, esclerosis lateral amiotrófica, enfermedad de Alzheimer) y envejecimiento (60% de ancianos institucionalizados).

Las alteraciones funcionales pueden deberse a fallos en la respuesta motora orofaríngea, al no ser capaz de propulsar el bolo, porque falle la reconfiguración de la orofaringe o por fallo en la apertura del EES.

Atendiendo a los criterios de Roma IV para que una disfagia se defina como funcional debe cumplir tres condiciones durante los tres meses previos al diagnóstico¹⁴:

- Sensación de que los sólidos y/o líquidos pasan de forma anormal por el esófago.
- Ausencia de reflujo gastroesofágico y de esofagitis eosinófila.
- Alteración de la motilidad esofágica que no sea de base histopatológica.

3.1.2.- DISFAGIA OROFARÍNGEA ESTRUCTURAL^{4,9,14,18}

- Es debida a un obstáculo mecánico por¹⁸:

- Lesión del nervio recurrente laríngeo que evite el cierre de la glotis.
- Radio o quimioterapia: por neoplasias de cabeza y cuello.
- Laringectomía.

3.2.- DISFAGIA ESOFÁGICA^{5,9,10,14,15}

En el caso de la disfagia esofágica, la persona siente que el bolo se detiene en el esófago.

El problema puede situarse en el esófago superior, el cuerpo esofágico, el esfínter esofágico inferior o el cardias⁹.

Supone el 20% de las personas diagnosticadas¹⁵.

Finalmente, atendiendo a la forma de presentación, distinguimos una **disfagia aguda** como la que puede presentarse tras un accidente cerebro vascular (ACV) y otra de presentación mas progresiva como suele ser la que puede acompañar a la enfermedad de Alzheimer.

Dentro del ámbito de los centros residenciales, la más prevalente es la disfagia orofaríngea. El contenido de este manual va dirigido a la detección y el tratamiento de la disfagia orofaríngea en centros de mayores y centros de personas con diversidad funcional.

4- PRINCIPALES CAUSAS DE DISFAGIA Y PREVALENCIA

La disfagia es un síndrome con una elevada prevalencia en todos los ámbitos asistenciales, pero que generalmente se encuentra infradiagnosticada. Las cifras varían de unas publicaciones a otras como consecuencia de ciertos factores que

condicionan los estudios realizados: el ámbito asistencial en el que se realiza la investigación, poblaciones sesgadas por las patologías estudiadas (ictus, demencia, cáncer de cabeza y cuello, etc.) y/o la metodología utilizada en el diagnóstico.

Se estima que la disfagia es un síntoma que ocurre en un 3% de la población general, pero con la edad la prevalencia aumenta, de tal forma que entre un 10-30% de los mayores de 65 años presenta algún tipo de dificultad en su deglución, si estos se encuentran institucionalizados, dichos valores aumentan hasta un 55%^{16,17,19,20}. Si tenemos en cuenta la existencia de una patología asociada, la disfagia está presente en un 47% de las personas que han sufrido accidentes cerebro vasculares, en un 25% de los casos con daño cerebral traumático y en alrededor del 30% de los pacientes con daño cerebral^{17,21,22,23}. Para la enfermedad de Parkinson, la prevalencia se sitúa en el 52%. En el caso de las enfermedades neurológicas y neurodegenerativas, se estima hasta un 80% si concretamos en la demencia tipo Alzheimer. Las personas que sufren esclerosis múltiple y esclerosis lateral amiotrófica padecen disfagia en un 60% de los casos¹⁷. Aquellas personas que sufren las secuelas de una cirugía por tumores de cabeza y cuello o las de tratamiento quimioterápico también presentan disfagia en un 80%^{5,18,22}.

Las personas con discapacidad intelectual son también un colectivo de alto riesgo de disfagia. Los estudios publicados hasta la fecha muestran una variabilidad muy grande en cuanto a la prevalencia de disfagia debido a las diferentes características de las personas incluidas en cada estudio²⁴. De la información disponible se cree que puede haber una prevalencia entre el 8,1-11,5% de las personas con discapacidad intelectual²⁴, aunque se sospecha que pueda estar infradiagnosticado. Las causas de disfagia en esta población incluyen disfunción motora oral, anomalías neurológicas, trastornos psiquiátricos, reflujo gastroesofágico y deformaciones musculoesqueléticas²⁵. La disfagia puede verse exacerbada en este tipo de personas por factores iatrogénicos como los medicamentos como por la postura adoptada²⁵.

La detección de la disfagia es el primer paso para establecer un diagnóstico correcto y su posterior tratamiento, así como la prevención de las complicaciones asociadas a su presencia. Conocer las causas de la disfagia es fundamental para favorecer la detección precoz de este síndrome.

La disfagia puede estar ocasionada por alteraciones estructurales o funcionales que provocan el debilitamiento de la musculatura oral, faríngea o laríngea¹⁸ y que termina

produciendo la dificultad en la progresión del bolo. Se distingue entre disfagia orofaríngea, mucho más frecuente, y disfagia esofágica, cuya prevalencia es del 80% y el 20% respectivamente.

Las causas de la disfagia podemos clasificarlas en dos grandes grupos⁴:

- Enfermedades que ocasionan alteraciones en la anatomía de los órganos que intervienen en la deglución: Causas estructurales u orgánicas.
- Enfermedades que ocasionan alteraciones funcionales en la motilidad orofaríngea. Frecuentemente se trata de enfermedades neurológicas o debidas al envejecimiento: Causas funcionales o neurógenas.

En las Tablas 1 y 2 se desarrollan las posibles causas de la disfagia:

Tabla 1. Causas Disfagia orofaríngea.

DISFAGIA OROFARÍNGEA	
CAUSA FUNCIONAL	CAUSA ESTRUCTURAL
DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO <ul style="list-style-type: none"> • Accidente cerebro vascular • Traumatismo craneoencefálico • Lesiones post quirúrgicas Sistema Nervioso Central • Anoxia cerebral • Infecciones Sistema Nervioso Central • Otras encefalopatías 	TUMORES Y NEOPLASIAS DE CABEZA Y CUELLO Y SECUELAS DE LOS TRATAMIENTOS REALIZADOS <ul style="list-style-type: none"> • Cirugía de resección • Radioterapia
ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS <ul style="list-style-type: none"> • Demencias • Parkinson • Esclerosis múltiple • Esclerosis Lateral Amiotrófica 	MALFORMACIONES CONGÉNITAS CRANEOFACIALES
CAMBIOS ENVEJECIMIENTO	ESTENOSIS POR INGESTA DE CÁUSTICOS
ENFERMEDADES NEUROMUSCULARES <ul style="list-style-type: none"> • Distrofias • Miastenia gravis 	TRAUMATISMOS CRANEOFACIALES
PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL	
ENFERMEDADES DEL ESFÍNTER ESOFÁGICO SUPERIOR	
ENFERMEDADES INFECCIOSAS <ul style="list-style-type: none"> • Bacterianas, víricas, candidiasis • Sífilis, tuberculosis 	
FÁRMACOS	

Adaptado de González Alted Carlos, Casado Romo M.ª del Pilar, Gómez Blanco Antonio, Pajares García Susana, Dávila Acedo Rosa M.ª, Barroso Pérez Laura, Panizo Velasco Elena. *Guía de nutrición de personas con disfagia*. Primera edición, 2017 © Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).

Tabla 2. Causas disfagia esofágica.

DISFAGIA ESOFÁGICA	
CAUSA FUNCIONAL	CAUSA ESTRUCTURAL
<ul style="list-style-type: none"> • Acalasia • Trastornos motores espásticos del esófago • Dismotilidad esofágica inespecífica 	<ul style="list-style-type: none"> • ERGE • Neoplasias esófago • Aneurismas aórticos • Esofagitis infecciosa

Adaptado de González Alted Carlos, Casado Romo M.ª del Pilar, Gómez Blanco Antonio, Pajares García Susana, Dávila Acedo Rosa M.ª, Barroso Pérez Laura, Panizo Velasco Elena. *Guía de nutrición de personas con disfagia*. Primera edición, 2017 © Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).

5- DISFAGIA SARCOPÉNICA

El concepto de disfagia sarcopénica es reciente, surge en 2012, poco después del consenso del European Working Group on Sarcopenia in Older People (EWGSOP) en la definición de la sarcopenia, un síndrome geriátrico que se caracteriza por una disminución de fuerza, función y masa muscular generalizada.

La disfagia sarcopénica requiere que la dificultad en la deglución se deba a la pérdida de masa y fuerza muscular de los músculos masticatorios y deglutorios además de otros grupos de musculatura esquelética²⁶.

Los criterios diagnósticos de disfagia sarcopénica son²⁷:

1. Presencia de disfagia.
2. Presencia de sarcopenia generalizada (pérdida de mas y fuerza muscular esquelética).
3. Los resultados de imágenes (Tomografía axial computerizada (TAC), resonancia magnética nuclear (RMN) o ultrasonografía) son compatibles con la pérdida de masa muscular en los músculos deglutorios.
4. Se excluyen otras causas de disfagia excepto la sarcopenia.
5. Se considera que la principal causa de la disfagia es la sarcopenia y no otras etiologías presentes.

Diagnóstico²⁷:

- Definitivo: Se cumplen criterios 1-4.
- Probable: Se cumplen 1,2 y 4.
- Posible: Se cumplen 1,2 y 5.

Esta variedad de disfagia parece ser más severa que otros tipos y existe evidencia de que el tratamiento enfocado al soporte nutricional y el entrenamiento de

resistencia de los músculos de la deglución está relacionado con buenos resultados. El manejo y las medidas terapéuticas de la disfagia sarcopénica son superponibles a la disfagia no sarcopénica^{28,29}.

6-PERFILES PROFESIONALES IMPLICADOS EN EL DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO DE LAS PERSONAS CON DISFAGIA EN CENTROS DE MAYORES Y EN CENTROS DE PERSONAS CON DIVERSIDAD FUNCIONAL

El abordaje de la disfagia requiere de un equipo multidisciplinar, con estrategias que deben individualizarse según las personas a tratar²⁶. El equipo multidisciplinar debe velar de manera conjunta en proporcionar una alimentación segura, eficaz, placentera, inclusiva y nutritiva¹⁰, debe trabajar para mantener correctamente hidratadas a estas personas y evitar las complicaciones asociadas a la aparición de disfagia.

El abordaje multidisciplinar permite optimizar los recursos y los conocimientos de los diferentes profesionales y trabajar de manera continua en la consecución de los objetivos del programa de rehabilitación, que, en última instancia, serán alcanzar un adecuado estado de nutrición e hidratación y evitar las complicaciones respiratorias⁴. Dentro de las residencias de personas mayores y de diversidad funcional, son diferentes perfiles profesionales los que deben implicarse en el manejo de la disfagia para evitar las complicaciones de la misma y mejorar la calidad de vida de las personas implicadas. El equipo de profesionales que debe tratar a la persona con disfagia procederá de diversas áreas y estará formado por los siguientes profesionales (siempre que esas figuras estén incluidas en los centros):

- Médico del centro
- Personal de enfermería especialmente formado en disfagia
- Dietista/nutricionista
- Farmacéutico
- Fisioterapeuta
- Logopeda

Este equipo es el encargado de diagnosticar y valorar cuál es la mejor estrategia para el tratamiento de cada una de las personas diagnosticadas de disfagia.

Pero dentro de este abordaje nutricional multidisciplinar se debe incluir también al **personal de atención directa**, puesto que son las personas que más en contacto se encuentran con la persona usuaria, y por tanto, son las que pueden detectar

precozmente los signos de disfagia y comunicarlo al equipo multidisciplinar. Además, deben tener conocimientos suficientes para procurar una adecuada alimentación, hidratación y postura de las personas afectadas.

También juega un papel importante el **personal de cocina**, ya que a implicación de los mismos en la consecución de dietas más palatables, sabrosas y variadas para este tipo de personas permite mejorar la calidad de vida de las mismas y contribuye a mantener el estado nutricional correcto de las personas con disfagia.

7-CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- La disfagia orofaríngea es la disfagia más prevalente en los centros de mayores y de diversidad funcional.
- Es importante conocer la fisiología de la deglución para un correcto diagnóstico de disfagia.
- La disfagia puede estar ocasionada por alteraciones estructurales o funcionales que provocan el debilitamiento de la musculatura oral, faríngea o laríngea y que termina produciendo la dificultad en la progresión del bolo.
- El abordaje de la disfagia debe realizarse de manera multidisciplinar para conseguir un correcto diagnóstico y tratamiento de la disfagia.



CONCEPTO Y TIPOS DE DISFAGIA



CONCEPTO DE DISFAGIA

- La disfagia es un trastorno de la deglución que se define como la dificultad para formar y/o desplazar el bolo alimentario o los líquidos de manera segura y eficaz, desde la cavidad oral hasta el estómago.



TIPOS DE DISFAGIA

- Disfagia orofaríngea (80%)
 - Disfagia orofaríngea funcional
 - Disfagia orofaríngea estructural
- Disfagia esofágica (20%)

CAUSAS DE DISFAGIA

- Enfermedades neurodegenerativas: demencia, Parkinson, ELA
- ACV, traumatismo craneoencefálicos
- Parálisis cerebral
- Otras enfermedades que causan discapacidad intelectual

ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS	
CAUSA FUNCIONAL	CAUSA ESTRUCTURAL
CÁNCER CEREBRAL ADQUIRIDO <ul style="list-style-type: none"> • Accidente cerebrovascular • Traumatismo craneoencefálico • Lesiones post-quirúrgicas Sistema Nervioso Central • Anoxia cerebral • Infecciones Sistema Nervioso Central • Otras enfermedades 	TUMORES Y NEURILIAS DE CAVIDAD Y CUELLO Y SEQUELAS DE LOS TRATAMIENTOS REALIZADOS <ul style="list-style-type: none"> • Cirugía de resección • Radioterapia
ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS <ul style="list-style-type: none"> • Demencias • Parkinson • Esclerosis múltiple • Esclerosis Lateral Amiotrofica 	MALFORMACIONES CONGÉNITAS CRANIOFACIALES
CAMBIO EN EL COMPORTAMIENTO	EFECTOS POR INGESTA DE CALORÍFICOS TRAGUJADOS CRANIOFACIALES
ENFERMEDADES NEUROMUSCULARES <ul style="list-style-type: none"> • Distrofias • Miastenia gravis 	TRAUMATISMOS CRANIOFACIALES
TRASTORNO CEREBRAL NASAL	
ENFERMEDADES DEL EPINTESTINO ESOFÁGICO SUPERIOR	
ENFERMEDADES INFECCIOSAS <ul style="list-style-type: none"> • Bacteriana, vírica, candidiasis • Otras infecciones 	
FARMACOS	



TRABAJO EN EQUIPO

EQUIPO MULTIDISCIPLINAR

- Médico
- Enfermería
- Dietista/nutricionista
- Farmacéutico
- Fisioterapeuta
- Logopeda
- Personal de atención directa
- Personal de cocina

EL DIAGNÓSTICO PRECOZ ES FUNDAMENTAL PARA TRATAR A LAS PERSONAS CON DISFAGIA



8- BIBLIOGRAFÍA

1. Clavé P, Arreola V, Velasco M, Quer M, Castellví J, Almirall J, et al. Diagnóstico y tratamiento de la disfagia orofaríngea funcional. Aspectos de interés para el cirujano digestivo. Cirugía Española. Agosto de 2007;82(2):62-76.
2. Clavé P, Shaker R. Dysphagia: current reality and scope of the problem. Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology. mayo de 2015;12(5):259-70.
3. Ashbaugh RA. Importancia del soporte nutricional adaptado en pacientes con disfagia. Infogeriatría nº3, 2011: 27-35.
4. González Alted Carlos, Casado Romo M.^a del Pilar, Gómez Blanco Antonio, Pajares García Susana, Dávila Acedo Rosa M.^a, Barroso Pérez Laura, Panizo Velasco Elena. Guía de nutrición de personas con disfagia. Primera edición, 2017 © Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
5. Álvarez J, Rodríguez M, Atienza E, Valverde M. La disfagia orofaríngea en el siglo XXI, un síntoma ignorado. En: Álvarez J, editora. Manual de disfagia orofaríngea: soluciones multidisciplinarias. Con 36 recetas elaboradas en el Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Toledo. Ed. Aula Médica. 2018; 1-23.
6. Lillo MMA, Galvis JB. Presbifagia: Una Mirada a los Procesos de Alimentación y Deglución en los Adultos Mayores. Areté. 22 de junio de 2021;21(1):105-12.
7. eCIE-Maps - CIE-10-ES Diagnósticos [Internet]. [citado 1 de mayo de 2022]. Disponible en: https://eciemaps.mscbs.gob.es/ecieMaps/browser/index_10_mc.html
8. Sebastián Domingo J. Los nuevos criterios de Roma (IV) de los trastornos funcionales digestivos en la práctica clínica. Medicina Clínica. 31 de enero de 2017;148.
9. Otal ACC. Disfagia. Guía de identificación, diagnóstico, tratamiento nutricional y adaptación de la textura de los alimentos [Internet]. CADIS HUESCA. Huesca; 2020. 98 p. Disponible en: https://aspacehuesca.org/wp-content/uploads/Gu%C3%ADa-Disfagia-CADIS-Huesca_web.pdf
10. Barrón Pavón, V, González Stäger MA, Solano Pérez, LA, García Flores, V, Sanhuesa Garrido, M, Fuentes Fuentes, F. Guía de nutrición en disfagia [Internet]. Universidad de Bío Bio. 2020. 123 p. Disponible en: https://www.restauracioncolectiva.com/ana1/guia_disfagia_digital.pdf
11. Rodríguez Rodríguez R. Concepto y epidemiología de la disfagia. Fisiología de la deglución normal. En: Ricote Belinchón M, coordinadora. Guía de disfagia. Manejo de disfagia en AP. SEMERGEN. España. 2020. Pág: 8-11.
12. Molina Gil B. Guerra Blanco F.J. Gutiérrez Fonseca R. Fundación Jiménez Díaz. Disfagia y aspiración. Cap. 120. En: Libro virtual de formación en ORL. Disponible en: <https://seorl.net/PDF/Laringe%20arbor%20traqueo-bronquial/120%20-%20DISFAGIA%20Y%20ASPIRACION%20C3%93N.pdf>. [Consultado 1 de mayo de 2022].

13. Sánchez Navarro, Julia. FISIOLÓGIA DEL APARATO DIGESTIVO [Internet]. [citado 1 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://docplayer.es/13518027-Fisiologia-del-aparato-digestivo.html>
14. Rodríguez Rodríguez R. Tipos de. disfagia: aguda y o aguda y orofaríngea, esofágica o funcional En: Ricote Belinchón M, coordinadora. Guía de disfagia. Manejo de disfagia en AP. SEMERGEN. España. 2020. Pág: 12-16.
15. Velasco MM, Arreola V, Clavé P, Puiggrós C. Abordaje clínico de la disfagia orofaríngea: diagnóstico y tratamiento. *Nutrición Clínica en Medicina*. 2007;1(3):174-202.
16. Martín A, Ortega O, Clavé P. Disfagia orofaríngea, un nuevo síndrome geriátrico. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 1 de enero de 2018;53(1):3-5.
17. Baijens LW, Clavé P, Cras P, Ekberg O, Forster A, Kolb G, et al. European Society for Swallowing Disorders & European Union Geriatric Medicine Society white paper: oropharyngeal dysphagia as a geriatric syndrome. *CIA*. octubre de 2016;Volume 11:1403-28.
18. Clavé P, Arreola V, Velasco M, Quer M. Fisiopatología de la disfagia orofaríngea. Causas y epidemiología. En: Guía de diagnóstico y tratamiento nutricional y rehabilitador de la disfagia orofaríngea. Tercera edición: Editorial Glosa 2015; 19-30.
19. Jansson-Knodell CL, Codipilly DC, Leggett CL. Making Dysphagia Easier to Swallow: A Review for the Practicing Clinician. *Mayo Clin Proc*. 2017 Jun;92(6):965-972. doi: 10.1016/j.mayocp.2017.03.021. PMID: 28578784
20. Clavé P, Rofes L, Carrión S, Ortega O, Cabré M, Serra-Prat M, Arreola V. Pathophysiology, relevance and natural history of oropharyngeal dysphagia among older people. *Nestle Nutr Inst Workshop Ser*. 2012;72:57-66. doi: 10.1159/000339986. Epub 2012 Sep 24. PMID: 23052001.
21. Takizawa C, Gemmell E, Kenworthy J, Speyer R. A Systematic Review of the Prevalence of Oropharyngeal Dysphagia in Stroke, Parkinson's Disease, Alzheimer's Disease, Head Injury, and Pneumonia. *Dysphagia*. 2016 Jun; 31(3):434-41. doi: 10.1007/s00455-016-9695-9. Epub 2016 Mar 12. PMID: 26970760.
22. Atenció a la disfàgia orofaríngia en els diversos àmbits del sistema de salut: document de consens. Barcelona: Direcció General d'Ordenació Professional i Regulació Sanitària; 2018. <http://hdl.handle.net/11351/5694>
23. Burgos R, Bretón I, Cereda E, Desport JC, Dziewas R, Genton L, Gomes F, Jesús P, Leischker A, Muscaritoli M, Poulia KA, Preiser JC, Van der Marck M, Wirth R, Singer P, Bischoff SC. ESPEN guideline clinical nutrition in neurology. *Clin Nutr*. 2018 Feb;37(1):354-396. doi: 10.1016/j.clnu.2017.09.003. Epub 2017 Sep 22. PMID: 29274834.

24. Robertson J, Chadwick D, Baines S, Emerson E, Hatton C. Prevalence of Dysphagia in People With Intellectual Disability: A Systematic Review. *Intellectual and Developmental Disabilities*. 1 de diciembre de 2017;55(6):377-91.
25. Sheppard JJ. Managing dysphagia in mentally retarded adults. *Dysphagia*. 1 de junio de 1991;6(2):83-7.
26. Alcalde Muñoz, S. La disfagia en el anciano: cambios asociados al envejecimiento, prevalencia y etiología. En: Ricote Belinchón M, coordinadora. *Guía de disfagia. Manejo de disfagia en AP. SEMERGEN. España. 2020. Pág: 53-58.*
27. Mori, T., Fujishima, I., Wakabayashi, H., Oshima, F., Itoda, M., Kunieda, K., Kayashita, J., Nishioka, S., Sonoda, A., Kuroda, Y., Yamada, M. and Ogawa, S. (2017), Development, reliability, and validity of a diagnostic algorithm for sarcopenic dysphagia. *JCSM Clinical Reports*, 2: 1-10. <https://doi.org/10.17987/jcsm-cr.v2i2.17>
28. Brigitte Alexi Moncayo-Hernández, Jeison Alexander Herrera-Guerrero, Steven Vinazco, José Mauricio Ocampo-Chaparro, Carlos A. Reyes-Ortiz, *Disfagia sarcopénica en adultos mayores institucionalizados, Endocrinología, Diabetes y Nutrición*, Volume 68, Issue 9, 2021, Pages 602-611, ISSN 2530-0164, <https://doi.org/10.1016/j.endinu.2021.02.010>.
(<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2530016421001464>)
29. Patino-Hernandez, Daniela & Borda, Miguel & Venegas-Sanabria, Luis & Chavarro-Carvajal, Diego & Cano, Carlos. (2017). *Disfagia sarcopénica. Revista Colombiana de Gastroenterología*. 31. 418. 10.22516/25007440.117.

CAPÍTULO 2: DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO DE LA DISFAGIA OROFARÍNGEA

Pilar Fontes Sarrión

Coordinadora Atención sanitaria
Instituto Valenciano de Servicios Sociales (IVASS)

Ana de la Vega Ortega

Farmacéutica Especialista en Farmacia Hospitalaria.
Servicio de Farmacia
Residencia y Centro de día para Personas Mayores Dependientes
de Carlet (Valencia).

1. Introducción
2. Signos y síntomas de alerta
3. Grados de disfagia orofaríngea
4. Cribado y diagnóstico de la disfagia orofaríngea
5. Valoración diagnóstica de la disfagia orofaríngea en centros residenciales de personas mayores dependientes y de diversidad funcional.
6. Algoritmo de diagnóstico de disfagia orofaríngea
7. Conclusiones/recomendaciones
8. Bibliografía

1- INTRODUCCIÓN

La disfagia orofaríngea (DOF) es un síndrome con una elevada prevalencia en los siguientes fenotipos: personas de edad avanzada, con fragilidad, personas con enfermedades neurológicas y neurodegenerativas, personas con parálisis cerebral infantil (PCI), DOF asociada a Covid y post tratamientos de tumores de cabeza y cuello. Se observa con frecuencia en personas institucionalizadas, pero generalmente se encuentra infradiagnosticada.

La detección de la disfagia orofaríngea es el primer paso para establecer un diagnóstico correcto y su posterior tratamiento, así como la prevención de las complicaciones asociadas a su presencia.

2- SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALERTA

Para una adecuada detección de la disfagia orofaríngea se deben conocer los principales signos y síntomas que pueden alertar sobre la presencia de este síndrome (tabla 1).

Tabla 1: signos y síntomas de disfagia orofaríngea

Signos y síntomas de disfagia orofaríngea
Atragantamientos.
Tos durante o después de la ingesta.
Disfonía. Cambios en la voz (voz húmeda).
Babeo, dificultad para el control de la saliva.
Inadecuado cierre labial.
Dificultad para la formación del bolo y el manejo de la comida en la boca.
Deglución fraccionada. Tragar la comida en pequeñas cantidades.
Residuos en la boca tras la deglución.
Sensación de retención de alimento en la faringe y necesidad de hacer varias degluciones.
Carraspeo.
Emplear excesivo tiempo para comer.
Pérdida de peso progresiva.
Signos de desnutrición y deshidratación.
Picos febriles de etiología no filiada.
Regurgitación nasal o expulsión de alimentos por la boca.
Infecciones respiratorias de repetición.
Rechazo a la comida (dientes apretados, rechazo con la lengua).
Miedo a comer solo.
Molestias o dolor al tragar.

La presencia de disfagia orofaríngea conduce a dos tipos de complicaciones, las derivadas de una disminución de la eficacia de la deglución que puede ocasionar pérdida de peso, desnutrición y deshidratación; y las derivadas de una disminución de la seguridad de la deglución que puede provocar neumonías por aspiración. En la tabla 2 se recogen los principales signos de alerta relacionados con la eficacia o la seguridad de la deglución.

Tabla 2: Signos de alerta

Signos de alerta		
Relacionados con la eficacia		Relacionados con la seguridad
Inadecuado cierre labial	Molestias o dolor al tragar	Atragantamiento
Babeo	Carraspeo	Tos durante o después de la ingesta
Rechazo a la comida	Deglución fraccionada	Voz húmeda
Expulsión alimentos de la boca	Residuos orales	Regurgitación fosas nasales
Masticación prolongada	Pérdida de apetito	Aspiraciones
Dificultad formación del bolo	Pérdida de peso	Neumonías

3-GRADOS DE DISFAGIA OROFARÍNGEA

Se definen varios grados de disfagia orofaríngea en función del nivel de afectación de la eficacia y/o de la seguridad en la deglución y la necesidad de realizar algún tipo de adaptación en la dieta. Dichos grados quedan recogidos en la Tabla 3.

Tabla 3: Grados de disfagia

Grados de disfagia orofaríngea		
Grado de disfagia	Afectación de la deglución	Adaptaciones
Leve	Afectación de la eficacia (pérdida del contenido oral, retraso en la deglución, presencia de residuos orales). Afectación de la seguridad en la administración de líquidos (presencia de tos, cambios en la voz).	Requieren ligeras modificaciones en la ingesta de líquidos (viscosidad y/o volumen) y/o en la dieta oral.
Moderada	Afectación de la eficacia y de la seguridad (alteraciones en el reflejo de la deglución, presencia de tos y cambios en la voz) Hay riesgo de aspiración.	Requieren adaptación de la viscosidad de los líquidos. Modificación de la textura y/o volumen de la dieta sólida (dieta semisólida/pastosa).
Moderada-severa	Afectación de la eficacia y de la seguridad. Evidencia de aspiraciones.	Requiere la administración tanto de líquidos como de sólidos en consistencia pastosa. Precisa intensa supervisión.
Severa	Presenta aspiraciones con todas las texturas y viscosidades.	Restricción de la vía oral, siendo necesaria la vía enteral para la alimentación.

4- CRIBADO Y DIAGNÓSTICO DE LA DISFAGIA OROFARÍNGEA

La disfagia orofaríngea es un síndrome que se puede diagnosticar, en muchos casos tratar y sobre todo se deben prevenir las complicaciones asociadas a ella. El diagnóstico de la disfagia orofaríngea se basa principalmente en la presencia de signos y/o síntomas clínicos.

El objetivo de la valoración diagnóstica de la disfagia orofaríngea es evaluar las dos características que definen la deglución:

- La evaluación de la eficacia: capacidad de la persona para ingerir los alimentos y el agua que necesita para estar bien nutrido e hidratado.
- La evaluación de la seguridad: capacidad para ingerir el agua y los alimentos sin que se produzcan complicaciones respiratorias.

Existe una elevada tasa de personas con disfagia orofaríngea sin diagnosticar a pesar de haber múltiples herramientas para hacerlo. La detección puede realizarse mediante métodos clínicos, de cribado e instrumentales.

4.1.- Métodos clínicos

Objetivos:

- Confirmar la existencia de disfagia orofaríngea.
- Identificar los riesgos de complicaciones nutricionales y respiratorias de la disfagia orofaríngea.
- Decidir si la persona va a requerir exploraciones complementarias/instrumentales.

- **Historia clínica:**

Realizar una completa anamnesis de la enfermedad causante de la disfagia orofaríngea, síntomas digestivos que presente en relación con la ingesta, antecedentes de neumonías, pérdida de peso progresiva, etcétera.

- **Exploración clínica:**

La exploración clínica debe comenzar con la observación de la postura de la persona en sedestación, valoración del estado cognitivo e higiene de la cavidad bucal. Para finalizar se comprueba el funcionamiento de los procesos neuromusculares implicados en la deglución, realizando una exploración de la deglución por fases¹, recogida en la Tabla 4.

4.2.- Métodos cribado de la disfagia orofaríngea

Estas técnicas no informan sobre las alteraciones anatómicas o funcionales, pero son útiles en la detección de disfagia orofaríngea y/o posibles aspiraciones. A veces resulta difícil diferenciar si una prueba se considera de cribado o de exploración.

Como norma general, las herramientas de cribado deben ser rápidas, económicas, efectivas, sencillas de utilizar y aplicables a poblaciones amplias.

Las técnicas de cribado deben emplearse en grupos de población que cumplen unos criterios de riesgo.

Tabla 4: Exploración de la deglución por fases

Exploración de la deglución por fases	
Fase oral preparatoria	
¿Qué se explora?	¿Cómo se explora?
Competencia de esfínter labial	Observar presencia de babeo
Movimientos linguales: De forma simple Ofreciendo resistencia (depresor)	Adelante. Atrás Lado izquierdo. Lado derecho
Masticación	Presión activa de los molares y palpación de los músculos maseteros
Movilidad de la mandíbula	Movimiento anteroposterior Movimiento lateral Apertura y cierre
Sensibilidad orofaríngea derecha, izquierda	Tocar con un depresor la mucosa oral y faríngea
Capacidad de limpieza de los surcos gingivolabiales	Movilidad lingual contra resistencia
Capacidad de realizar Tipper	Chasquidos linguales
Fase oral de transporte	
Capacidad para transportar el bolo	Barrido del paladar duro con la punta de la lengua desde los incisivos hacia atrás
Sello palatogloso	Capacidad para pronunciar con fuerza K/K/K
Fuerza de propulsión	Presionar la base de la lengua y sentir su fuerza
Fase faríngea	
Calidad vocal	Normal. Aérea. Húmeda. Nasal.
Retraso del disparo deglutorio	Palpar la laringe, dar orden de deglutir y cronometrar el retraso del ascenso laríngeo

Las técnicas de cribado deben emplearse en grupos de población que cumplen unos criterios de riesgo.

Las principales pruebas de cribado de la disfagia orofaríngea son:

- **Prueba de deglución de agua o 3-oz Water Swallow Test** ²

Es la prueba más antigua y sencilla de realizar.

Procedimiento: La persona debe estar incorporada, se le facilita una taza con 90 ml (3-oz) de agua y se le pide que la beba sin interrupción.

Interpretación resultados: Se valora la presencia de tos durante, o 1 minuto después de la prueba, y la presencia de cambios en la voz después de la deglución.

Limitaciones:

- Comporta cierto riesgo. En caso de utilizarla, se realizará siempre que exista reflejo tusígeno.
- El único indicador de aspiración es la presencia de tos, por lo tanto puede haber falsos negativos ya que pueden no detectarse aspiraciones silentes.
- No determina si hay una deglución eficaz.
- Se encuentra en desuso.

Ha mostrado una sensibilidad del 76 % y una especificidad del 59 %.

- **Evaluación de la deglución a pie de cama o Bedside Swallowing Assessment (BSA)** ³

Procedimiento: En una primera etapa se realiza una evaluación general de la persona: nivel de consciencia, tos voluntaria, calidad de la voz y capacidad de tragar su propia saliva. Posteriormente se le administra pequeños volúmenes de agua con cuchara, se repite 3 veces con el mismo volumen y si no presenta alteraciones se le da de beber agua con un vaso (60 ml).

Interpretación resultados: La prueba se considera positiva si presenta alteraciones de los signos clínicos (tos y cambios en la calidad de la voz).

Limitaciones: Es un método de identificación de aspiración más que de presencia de disfagia orofaríngea.

Sensibilidad y especificidad muy variables.

- **Evaluación de la deglución a pie de cama (BSA) + Oximetría** ⁴

La prueba anterior puede ir acompañada de un pulsioxímetro para controlar la saturación de oxígeno, considerándose como signo de aspiración una desaturación de un 2% y debiendo interrumpir la prueba si se llega a un 5%.

Ha mostrado una sensibilidad del 65 % y una especificidad del 96 %.

- **Test del agua combinada con la oximetría** ⁵

Es una de las pruebas recomendadas para el cribado de la disfagia orofaríngea más antigua y conocida, habitualmente la realizan los profesionales de enfermería, sobre todo en personas con enfermedad neurológica aguda.

Procedimiento: Consiste en administrar con una jeringa de alimentación 10 ml de agua y observar si aparece babeo, tos, disfonía, número de degluciones y desaturación de oxígeno. Se repite cuatro veces la prueba con este mismo volumen y para finalizar se le proporciona 50 ml de agua.

Interpretación resultados: La prueba se considera positiva si se presenta cualquiera de los síntomas valorados y negativa si no se observa ninguno. Se considera signo de aspiración una desaturación del 2% y se debe interrumpir la prueba si se llega a un 5%.

Limitaciones: Es un test elemental, puesto que discrimina si hay riesgo de aspiración o no solo con viscosidad líquida.

Ha mostrado una sensibilidad del 76 % y una especificidad del 59 %.

- **Evaluación estandarizada de la deglución o Standardized Swallowing Assessment (SSA)** ⁶

Procedimiento: En una primera fase se valora si la persona está alerta, si responde, si puede tragar su propia saliva, si está presente el reflejo de la tos. En la segunda, tras la administración de una cucharada de agua, se valora: si existe actividad deglutoria, pérdidas de agua por los labios, tos, incremento frecuencia respiratoria, voz húmeda inmediatamente después de tragar. Se repite esta prueba 2 veces más. Si no presenta alteraciones, para terminar la prueba se administran 50 ml de agua.

Interpretación resultados: Si en alguna de las fases se observa alteración de alguno de los parámetros valorados se interrumpe la prueba.

Ha mostrado una sensibilidad del 97% y una especificidad del 90%.

- **Test de deglución de Gugging o Gugging Swallowing Screen (GUSS)** ⁷

Método rápido y fiable para identificar personas con disfagia orofaríngea y riesgo de aspiración. Evalúa la gravedad del riesgo y recomienda la consistencia adecuada para su dieta. El procedimiento se detalla en ella Figura 1.

Procedimiento: La prueba consta de 2 partes, tras valorar que la persona se encuentra en estado de alerta y está presente el reflejo de la tos. En la primera parte

se realiza una prueba de deglución indirecta mediante la deglución de la propia saliva y se valora si hay tos, si hay babeo y si hay cambio en la voz tras la deglución. En la segunda parte se realiza una prueba de deglución directa con tres consistencias diferentes: semisólida o puding (media cucharada), líquida (3 ml, y si la deglución es eficaz la prueba continúa con cantidades crecientes de 5, 10, 20 ml y finalmente 50 ml) y para terminar la prueba se ofrece una consistencia sólida (pequeño trozo de pan).

En cada fase se valora la eficacia de la deglución, si hay retraso en la misma (se considera que hay retraso en la deglución cuando ésta es superior a los 2 segundos, en el caso de las texturas semisólida o líquida, y superior a los 10 segundos para textura sólida) y la presencia de tos, babeo y cambios en la voz.

Interpretación resultados: Solo se puede realizar la prueba de deglución directa si se obtiene la puntuación máxima de 5 puntos en la fase preliminar. Lo mismo ocurre en la segunda parte de la prueba, solo se puede progresar a la siguiente consistencia si se han obtenido 5 puntos. En función de la puntuación obtenida en el total de la prueba, se establece el grado de disfagia orofaríngea (leve, moderada o severa) y el riesgo de aspiración y se le asigna el tipo de dieta recomendada.

Ha mostrado una sensibilidad del 100% y una especificidad del 69%.

Figura 1: Test de deglució de Gugging o Gugging Swallowing Screen

GUSS (Gugging Swallowing Screen)

Nombre:		Edad:	
Nº de ficha:		Fecha de Evaluación:	
Antecedentes clínicos:			

1. Investigación Preliminar / Prueba Indirecta de Deglución

	Sí	No
Vigilancia (El paciente debe estar alerta al menos 15 minutos)	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Tos y/o carraspeo (tos voluntaria) (El paciente debe toser o carraspear 2 veces)	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Deglución de Saliva:	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ Deglución exitosa		
▪ Sialorrea	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
▪ Cambios en la voz (ronca, húmeda, débil)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
TOTAL	(5)	
	1 - 4 = Investigar más a fondo ¹	
	5 = Continuar con 2ª parte	

2. Prueba Directa de Deglución (Material: agua, cucharaditas de té, espesante de alimentos, pan).

<i>En el siguiente orden:</i>	1 →	2 →	3 →
	SEMISÓLIDO*	LÍQUIDO**	SÓLIDO***
DEGLUCIÓN:			
▪ Deglución no es posible	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ Deglución retrasada (> 2 sg.) (texturas sólidas > 10 sg.)	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
▪ Deglución exitosa	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
TOS (involuntaria): (antes, durante y después de la deglución, hasta 3 minutos después)			
▪ Sí	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ No	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
SIALORREA:			
▪ Sí	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ No	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
CAMBIOS EN LA VOZ: (escuchar antes y después de la deglución. El paciente debiera decir /O/)			
▪ Sí	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ No	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
TOTAL	(5)	(5)	(5)
	1 - 4 = Investigar más a fondo ¹	1 - 4 = Investigar más a fondo ¹	1 - 4 = Investigar más a fondo ¹
	5 = Continuar con Líquido	5 = Continuar con Sólido	5 = Normal

PUNTAJE TOTAL: (Prueba Indirecta y Directa de Deglución) _____ (20)

*	Primero administrar, 1/3 y 1/2 de cucharadita de agua con espesante (consistencia como pudín). Si no hay síntomas dispensar 3 a 5 cucharaditas. Evaluar después de la 5ª cucharada.
**	3, 5, 10, y 20 ml de agua en taza. Si no hay síntomas continuar con 50 ml de agua (Daniels et al. 2000; Cottlieb et al. 1996). Evaluar y parar cuando uno de los criterios aparezca.
***	Clínico: Pan seco (repetir 5 veces); FEES: pan seco con colorante.
¹	Utilizar estudios funcionales como Videofluoroscopia (VFES), Fibroscopia (FEES).



GUSS
(Gugging Swallowing Screen)
GUSS – EVALUATION

	Resultados	Código de gravedad	Recomendaciones
20	Éxito con las texturas semisólido, líquido y sólido.	Leve/ Sin Disfagia Mínimo riesgo de aspiración.	<ul style="list-style-type: none"> • Dieta normal • Líquidos regulares (la primera vez bajo la supervisión de un Fonoaudiólogo o una Enfermera entrenada).
15 - 19	Éxito con las texturas semisólido y líquido. Fracaso con la textura sólida.	Disfagia Leve con un bajo riesgo de aspiración.	<ul style="list-style-type: none"> • Dieta para Disfagia (puré y alimentos blandos). • Líquidos muy lentamente – un sorbo a la vez. • Evaluación funcional de la deglución, tales como Evaluación Fibroscópica de la Deglución (FEES) ó Evaluación Videofluoroscópica de la Deglución (VFES). • Derivar a Fonoaudiólogo.
10 - 14	Éxito al deglutir semisólidos. Fracaso al deglutir líquidos.	Disfagia Moderada con riesgo de aspiración.	<p>La dieta para disfagia comienza con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Textura semisólida, tales como alimentos para bebés y alimentación parenteral adicional. • Todos los líquidos deben ser espesados. • Las píldoras deben molerse y mezclarse con líquido espeso. • Ninguna medicación líquida. • Evaluaciones funcionales de la Deglución (FEES, VFES). • Derivar a Fonoaudiólogo. <p>Suplemento con Sonda Nasogástrica o Alimentación Parenteral.</p>
0 - 9	Fracaso en investigación preliminar o fracaso al deglutir semisólidos.	Disfagia Severa con alto riesgo de aspiración	<ul style="list-style-type: none"> • Nada por boca. • Evaluaciones funcionales de la Deglución (FEES, VFES). • Derivar a Fonoaudiólogo. <p>Suplemento con Sonda Nasogástrica o Alimentación Parenteral.</p>

- **Método de exploración clínica volumen-viscosidad (MECV-V)**⁸

Detecta disfunciones de la eficacia de la deglución como: fallo del sello labial, presencia de residuos orales o faríngeos, existencia de una deglución fraccionada; así como alteraciones de la seguridad de la deglución: signos de aspiración clínica (tos, cambios de voz) y aspiraciones silentes (desaturación de oxígeno). Además, proporciona información sobre el volumen y la viscosidad del bolo más seguros y eficaces para la persona.

La secuencia de realización del MECV-V⁹ queda reflejada en ella Figura 2.

Procedimiento: Se precisa que la persona presente un mínimo estado de alerta que permita colaborar en la prueba. Se le pide que hable para conocer la voz inicial como control de cualquier alteración.

Consiste en utilizar bolos alimentarios de 3 viscosidades diferentes (néctar, líquido y puding) y 3 volúmenes crecientes (5ml, 10ml y 20ml). Se evalúan los signos de disfagia orofaríngea en la deglución en un orden progresivo de dificultad. Todo ello bajo la monitorización de la saturación periférica de oxígeno mediante un pulsioxímetro, para detectar las posibles aspiraciones silentes. Una disminución de la saturación basal de oxígeno $\geq 3\%$ es un signo de aspiración.

Interpretación resultados:

- Si no presenta ningún signo de alteración de la seguridad ni de la eficacia deglutoria se concluye que el MECV-V es negativo y según este método la persona no presenta disfagia orofaríngea.

- Si presenta algún signo de alteración de la seguridad, con o sin problemas de eficacia, se concluye que según el test presenta disfagia orofaríngea, tiene alteración de la seguridad de la deglución, lo que indica que presenta signos sugestivos de probables aspiraciones.

- Si no presenta ningún signo de alteración de la seguridad, pero si presenta algún signo de alteración de la eficacia deglutoria, se concluye que la persona presenta disfagia orofaríngea. No tiene alteración de la seguridad de la deglución, pero sí de la eficacia por lo que puede peligrar su estado nutricional y de hidratación. La viscosidad y el volumen más eficaz para la ingesta de fluidos corresponde a la viscosidad más baja y el volumen más alto que ella persona sea capaz de deglutir sin presentar problemas de eficacia.

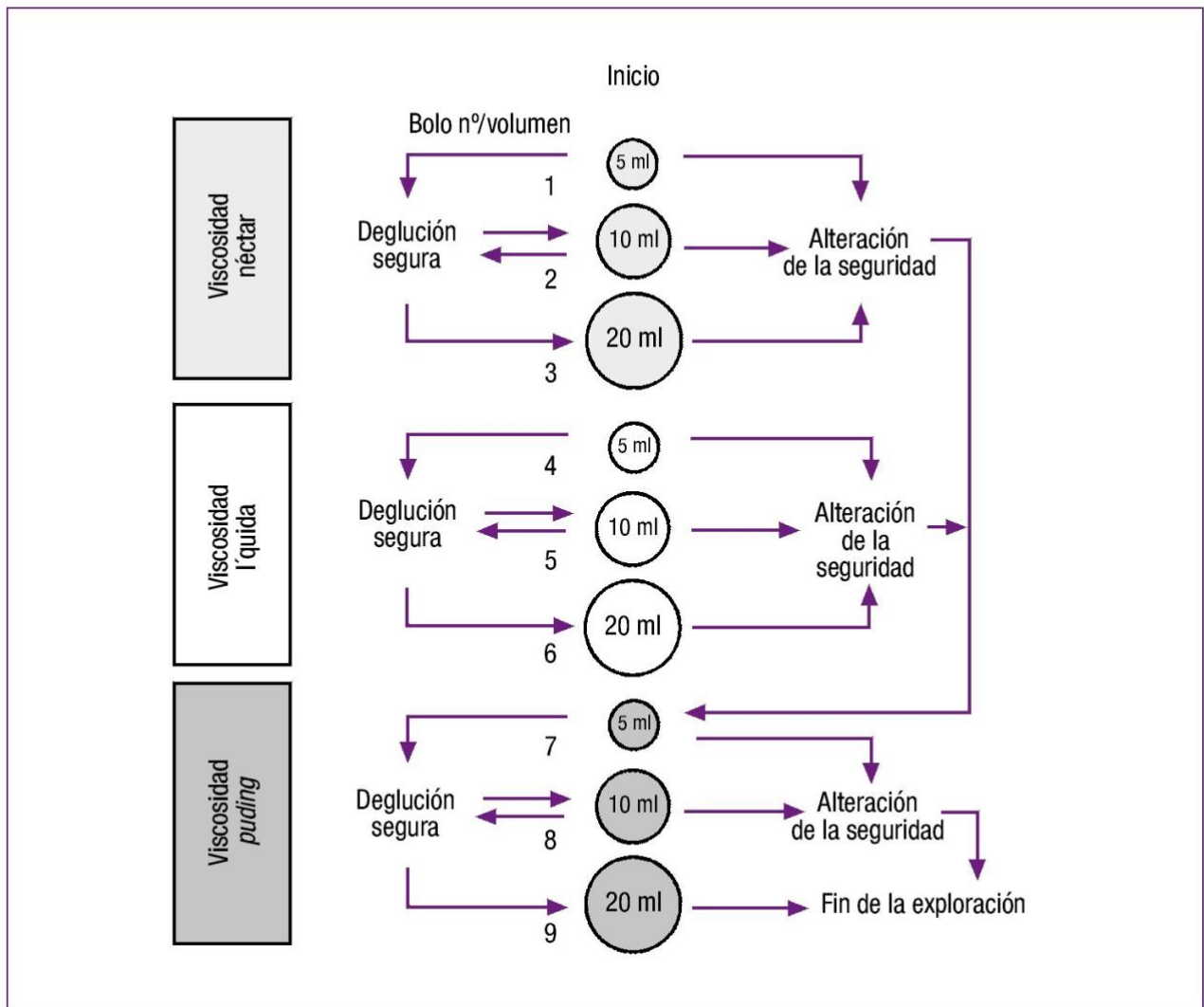
Ventajas:

- Es un método sencillo y seguro.

- Aunque se trata de un método de cribado, permite obtener datos como una exploración clínica.
- Aporta información sobre cuál es el volumen y la consistencia que maneja la persona con más seguridad y permite establecer una dieta segura.
- Permite seleccionar aquellas personas que deben ser valoradas mediante pruebas complementarias instrumentales.

Sensibilidad: 88% (alteraciones seguridad), 89% (eficacia) y aspiraciones 100%.
Especificidad: 64%.

Figura 2: Secuencia de realización del método de exploración clínica volumen-viscosidad (MECV-V)⁹



- **Valoración modificada de la deglución o Modified swallowing assessment (MSA) ¹⁰**

Desarrolla un test gradual para la investigación de la disfagia orofaríngea neurogénica. Establece una valoración modificada de la deglución (MSA) por el personal de enfermería.

Procedimiento: En una primera fase se valora si la persona está alerta, responde, puede tragar su propia saliva y si está presente el reflejo de la tos. Solo se puede continuar con la prueba si la valoración inicial es positiva. En la segunda, tras la administración de una cucharada de agua, se valora la deglución según los *criterios de Perry (SSA)* ⁶: si existe actividad deglutoria, pérdidas de agua por los labios, tos, incremento frecuencia respiratoria, voz húmeda inmediatamente después de tragar. Solo se puede continuar con la prueba si la valoración en esta fase es negativa. Para terminar la prueba se administran 90 ml de agua y se valora el riesgo de aspiración de acuerdo con los *criterios de Suiter y Leder*¹¹: disartria, disfonía, tos voluntaria anormal, reflejo deglutorio anormal o ausente antes de la prueba de deglución, tos y cambios en la calidad de la voz después de la prueba.

Interpretación resultados: Se pueden identificar limitaciones deglutorias graves en las dos primeras partes de la valoración. En la última prueba se pueden incluso detectar signos de aspiración de leves a moderados. Si el resultado del test evidencia dificultades deglutorias leves o moderadas, se recomienda utilizar una dieta con textura modificada. Si existe riesgo de aspiración, no debe administrarse nada por vía oral.

El registro del MSA¹² se recoge en la Figura 3.

Figura 3: Valoración Modificada de la Deglución (MSA)

VALORACIÓN MODIFICADA DE LA DEGLUCIÓN – PERSONAL DE ENFERMERÍA-

Nombre del paciente: _____	
Nº de paciente: _____	
Fecha de nacimiento: _____	
Fecha: _____	
Examinador: _____	

1) PREGUNTAS DE LA LISTA DE COMPROBACIÓN "DEGLUCIÓN" (a todos los pacientes)

Sospecha de aspiración si la respuesta es "No" para cualquier función	No	Sí	Observaciones
a. ¿Está el paciente despierto y reacciona si se habla?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. ¿Puede el paciente toser al pedirselo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. ¿Es capaz el paciente de mantener algún control de su saliva?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. ¿Es capaz el paciente de tocarse con la lengua el labio superior e inferior?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e. ¿Es capaz el paciente de respirar libremente (no tiene problemas para respirar sin ayuda y mantener una saturación adecuada de oxígeno)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f. ¿No hay indicios de una voz húmeda o ronca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

2) PRUEBA DE DEGLUCIÓN CON 1 CUHARILLA DE AGUA (solo se puede realizar si todas las preguntas del apartado "1" se han contestado con "Sí")

- Se coloca al paciente en sedestación con apoyo para el tronco
- Se inspecciona la boca del paciente para ver si hay restos y se le pide que trague saliva cuando se le indique
- Palpación de la deglución, observación de los síntomas cuando se le solicita la fonación

Disfunción según los criterios de Perry*: La prueba se deberá interrumpir si alguna función se contesta con "Sí"	No	Sí	Observaciones
a. ¿Ninguna actividad deglutoria perceptible?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. ¿Se sale el agua de la boca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. ¿Tos/carraspeo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. ¿Dificultad para respirar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e. ¿Tono de voz húmeda/con gorgoteo en el transcurso de 1 min después de la deglución?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f. Tiene dudas o una impresión desfavorable?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

3) PRUEBA DE DEGLUCIÓN CON 90 ml DE AGUA (solo se puede realizar si todas las preguntas del apartado "2" se han contestado con "No")

Disfunción según los criterios de Suiter y Leder**: La prueba se deberá interrumpir si alguna función se contesta con "Sí"	No	Sí	Observaciones
a. ¿Tos después de la deglución? (en el transcurso de 1 min)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. ¿Ataques de asfixia? (en el transcurso de 1 min)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. ¿Cambio en la calidad de la voz? (en el transcurso de 1 min solicitar al paciente que diga /a/)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. Interrupción de la prueba (no se puede realizar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

4) RESULTADOS

- | | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|--|
| a) Deglución patológica en las valoraciones 1, 2 o 3: | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí | - Si la respuesta es "Sí" seguir por c, por d, o por e |
| b) Sospecha clínica de riesgo de aspiración: | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí | - Si la respuesta es "Sí" seguir por c, por d, o por e |
| c) Terapeuta de la deglución notificado: | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí | |
| d) Médico notificado: | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí | |
| e) NPO o alimentación por sonda nasogástrica hasta la valoración por el logopeda o el médico de: | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí | |

Observaciones: _____	
Fecha _____	Firma (Personal de enfermería) _____

*Perry L 2001, *Journal of Clinical Nursing*, 10:463-73; **Suiter DM 2008, *Dysphagia*, 23:244-50 & DePippo KL 1992, *Archives of Neurology*, 49(12):1259-61.

- **Herramienta de evaluación de la alimentación o Eating Assessment Tool-10 (EAT-10)** ¹³

La EAT-10 es una escala de autoevaluación analógica verbal, unidimensional y de puntuación directa para evaluar síntomas específicos de disfagia orofaríngea. Existe una versión validada al español (**EAT-10 ES**)¹⁴ recogida en la Figura 4.

Procedimiento: Cuestionario sencillo de 10 preguntas, relacionadas con la dificultad para tragar, la presencia de dolor y tos. La persona debe responder a cada pregunta de forma subjetiva en una escala de cinco puntos (0-4 puntos), en la que cero indica la ausencia del problema y cuatro indica que considera que se trata de un problema serio.

Interpretación resultados: Si la puntuación obtenida tras la suma de las respuestas a las 10 cuestiones es superior a 3, indica la presencia de disfagia orofaríngea.

Ventajas:

- La EAT-10 es un método de cribado simple y breve.
- Fácil y rápido de cumplimentar (<5 minutos).
- Elevada fiabilidad y validez.
- Se considera una herramienta útil para el despistaje de la disfagia orofaríngea en personas con nivel cognitivo conservado, en cualquier ámbito asistencial (hospitalario, atención primaria y en residencias de personas mayores).

Limitaciones: No es una herramienta adecuada cuando exista un deterioro cognitivo. Ha mostrado una sensibilidad del 85% y una especificidad del 82%.

Figura 4: Herramienta de evaluación de la alimentación o Eating Assessment Tool-10 (EAT-10)

Datos persona residente.....
Fecha nacimiento ... - ... - ... Edad..... Peso (Kg) Talla (cm).....IMC:.....Sexo (H/M).....

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

6. Tragar es doloroso
 Puntuación total: _____
 Si superior a 3. **RIESGO DE DISFAGIA**

Prueba realizada por: _____

Cuestionario fácil de síntomas de disfagia o Easy Dysphagia Symptom Questionnaire (EDSQ) ¹⁵

El EDSQ es una herramienta de detección simple para la deglución insegura en adultos mayores (Figura 5).

Procedimiento: Consta de 12 cuestiones con respuesta "sí / no", evalúa la presencia de síntomas de disfagia orofaríngea: dificultad para tragar, tos, asfixia, dolor, babeo, voz húmeda y antecedentes de complicaciones como la neumonía y la pérdida de peso.

Interpretación resultados: La puntuación total es la suma de todas las respuestas afirmativas. Una puntuación superior a 5 se corresponde con una deglución insegura.

Ventajas:

- El EDSQ es una herramienta de detección simple y rápida.
- Fiabilidad y validez aceptables.
- Aplicable a personas mayores.

Limitaciones: No es una herramienta adecuada en personas con deterioro cognitivo.

Figura 5: Cuestionario fácil de síntomas de disfagia Easy Dysphagia Symptom Questionnaire (EDSQ)

Presencia de signos o síntomas de disfagia	Si	No
¿Tiene dificultad cuando come o bebe agua?		
¿Tiene dificultad cuando traga una pastilla?		
¿Tose cuando come o bebe agua?		
¿Se ahoga cuando come o bebe agua?		
¿Tiene la sensación de atasco en la garganta cuando traga?		
¿Siente dolor al tragar?		
¿Tarda más de 30 minutos para realizar una comida?		
¿Tiene babeo durante la comida?		
¿Alguna vez le han diagnosticado neumonía?		
¿Ha perdido peso debido a la dificultad para tragar?		
¿Tiene voz ronca o húmeda después de tragar?		
¿Obtiene esputo después de una comida?		
Puntuación total:		

En 2015 se publicó una revisión sistemática ¹⁶ de diferentes métodos de detección de disfagia orofaríngea, en el que se incluyeron un total de 29 herramientas de evaluación citadas en la literatura desde 1992 hasta julio de 2011. Dicho estudio concluyó que el GUSS y el SSA son las herramientas más adecuadas (alta sensibilidad y especificidad) para la detección de disfagia orofaríngea que el personal de enfermería podía realizar en residencias de personas mayores. Dicha revisión no incluyó los métodos de detección publicados posteriormente al 2011: MECV-V, EAT-10 y el EDQS.

4.3.-Métodos instrumentales

Las pruebas más utilizadas para estudiar funcionalmente la deglución son la fibrolaringoscopia, la manometría faringoesofágica y la videofluoroscopia¹⁷. Son técnicas caras y disponibles solo en algunos hospitales de referencia, por lo que se reservan para pacientes con sospecha de disfagia orofaríngea y que precisan una evaluación más completa y exhaustiva.

Actualmente las técnicas más recomendadas son:

- Videofluoroscopia (VFS): técnica radiológica en la que se muestran todas las fases de la deglución, permite estudiar las alteraciones del proceso deglutorio (retraso de la deglución, penetración del bolo, residuo orofaríngeo, aspiración), evaluar tanto la seguridad como la eficacia de la deglución y plantear estrategias terapéuticas.
- Fibroendoscopia de la deglución (FEES): prueba bien tolerada, más accesible y económica, pero no evalúa la fase oral ni el esfínter esofágico superior.

Aunque tradicionalmente la VFS se ha considerado la técnica de referencia para el estudio de la disfagia orofaríngea en realidad son técnicas complementarias. Ambas son igualmente útiles para la predicción de neumonía aspirativa.

Se recomienda utilizar la FEES como primera prueba instrumental a realizar en personas con disfagia orofaríngea y complementar con la VFS en casos de sospecha de fallo del sello glossofaríngeo, aspiraciones de pequeños volúmenes y trastorno del esfínter esofágico superior ¹⁸.

5-VALORACIÓN DIAGNÓSTICA DE LA DISFAGIA OROFARÍNGEA EN CENTROS RESIDENCIALES DE PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES Y DE DIVERSIDAD FUNCIONAL

Las personas que residen en estos centros, presentan muy frecuentemente problemas relacionados con la deglución, por ello es necesario disponer de programas que faciliten una detección precoz que permita la realización de un diagnóstico para planificar intervenciones terapéuticas dirigidas a prevenir las complicaciones asociadas a la disfagia orofaríngea.

Para realizar un correcto abordaje es necesario la implicación de todos los profesionales del equipo multidisciplinar de los centros en los siguientes procesos: detección, diagnóstico, prevención y tratamiento de la disfagia orofaríngea, como queda reflejado en el siguiente diagrama.



Este proceso implica establecer un programa de formación continuada en los centros, dirigido al personal de atención directa (Técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), cuidador, terapeutas), para asegurar el conocimiento de aspectos relacionados con la detección de los signos o síntomas y la aplicación de maniobras terapéuticas tales como adaptación de texturas y técnicas posturales en el momento de la ingesta.

En el año 2009¹⁹ se inició un programa dirigido a personal de atención directa de los centros residenciales de titularidad pública de la Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives, con el objetivo de formar en disfagia orofaríngea, realizando un test al inicio y tras el curso de formación en que se evaluaban los siguientes ítems: definición de disfagia orofaríngea, tipos de viscosidades de los líquidos, síntomas indicativos de

disfagia orofaríngea, medidas posturales y alimentos aconsejados/desaconsejados ante una disfagia orofaríngea.

Las conclusiones obtenidas tras valoración de los test fueron las siguientes:

Algunos signos o síntomas de la disfagia orofaríngea, como la tos o el atragantamiento, eran reconocidos por la mayoría de los encuestados, pero solamente el 30% y 25 % asocian la pérdida de peso o la neumonía, a la disfagia antes de la formación, tras los cursos de formación son el 95% y 82% respectivamente.

Una cuarta parte de los encuestados reconocieron algunas de las maniobras posturales recomendadas. Únicamente el 1,3% reconoció previamente a la realización del curso las tres viscosidades definidas para modificar la consistencia de los líquidos (néctar, miel y puding) tras la formación la mayoría (89%) reconoce las tres viscosidades.

Con el fin de reforzar los conceptos impartidos se elaboró material didáctico para ubicarlo en las zonas de comedor.

5.1 Detección:

El personal de atención directa de los centros, formado en el reconocimiento de los signos y síntomas de sospecha de disfagia orofaríngea, tras su detección debe registrarlos en la Figura 6 donde se especifican los siguientes signos y síntomas:

- Tos o atragantamiento durante o inmediatamente después de la ingesta.
- Carraspeo.
- Inadecuado cierre labial (babeo, dificultad para el control de la saliva).
- Dificultad para la formación del bolo y el manejo de la comida en la boca.
- Cambios en la voz (voz húmeda).
- Deglución fraccionada. Tragar la comida en pequeñas cantidades.
- Expulsión alimentos por la boca o fosas nasales.
- Residuos en la boca tras la deglución.
- Molestias o dolor al tragar.
- Emplear excesivo tiempo para comer.
- Negativa a comer o beber.
- Rechazo a determinados alimentos.
- Miedo a comer solo.

Una vez detectados los signos de alerta deberán ser valorados por el equipo sanitario, reflejándolo en la historia clínica e iniciándose el estudio individualizado para su valoración diagnóstica, debiendo tener en cuenta aspectos como: pérdida de peso progresiva, presencia de úlceras por presión, evidencia de deterioro clínico, alteración de parámetros analíticos, nutricionales, antecedentes patológicos de interés tales como procesos respiratorios infecciosos, neumonías aspirativas, etcétera.

Figura 6: Registro detección de signos/síntomas de alerta por personal de atención directa

Nombre y apellidos _____		
Dieta asignada: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> fácil deglución <input type="checkbox"/> fácil masticación <input type="checkbox"/> Triturada		
Ingesta líquidos: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> néctar(nivel 2) <input type="checkbox"/> miel (nivel 3) <input type="checkbox"/> puding (nivel 4)		
Fecha valoración: _____ Realizado por: _____		
Signos/Síntomas	SI	NO
Inadecuado cierre labial (babeo)		
Dificultad en el manejo de la comida en la boca		
Expulsión alimento por la boca		
Tos o atragantamiento durante o después de la ingesta de: - líquidos - néctar (nivel 2) - miel (nivel 3) - puding (nivel 4) - sólidos		
Regurgitación de alimentos por fosas nasales		
Deglución fraccionada (tragar comida en pequeñas cantidades)		
Carraspeo		
Cambios en la voz (voz húmeda)		
Presencia de residuos en la boca tras la deglución		
Molestias o dolor al tragar		
Empleo de excesivo tiempo para comer		
Negativa a comer o beber		
Rechazo a determinados alimentos		
Miedo a comer solo		

5.2.Cribado y diagnóstico:

Para proceder a realizar un diagnóstico lo más objetivo y preciso posible, debemos seleccionar la herramienta más apropiada para la población atendida en los centros residenciales.

Tras la valoración de los principales métodos, se considera adecuado realizar un primer cribado mediante un **test sencillo como es el EAT-10**, por considerarse una herramienta útil para el despistaje de la disfagia orofaríngea en pacientes institucionalizados (Recomendación 7)¹⁸.

El **cribado es conveniente realizarlo periódicamente**. Se aconseja al ingreso, cuando se realice la valoración integral de la persona (semestral) o cuando aparezca algún signo compatible con disfagia orofaríngea. El cuestionario se recoge en la Figura 4.

Personas con EAT-10 >3 puntos nos indica posible riesgo de disfagia orofaríngea.

En estos casos se les realizará una **exploración de la deglución por fases** que nos orienta sobre las alteraciones presentes en el proceso de la deglución, registro recogido en la Figura 7. Simultáneamente se le realizará el MECV-V para confirmar el diagnóstico.

Figura 7: Registro Exploración de la Deglución por Fases

Nombre y apellidos _____		Realizado por: _____	
Fecha valoración: _____			
Fase oral preparatoria			
¿Qué se explora?	¿Cómo se explora?	Si / Presente	No / Ausente
Competencia esfínter labial	Observar presencia de babeo		
Movimientos linguales: De forma simple Ofreciendo resistencia (depresor)	Adelante Atrás Lado izquierdo Lado derecho Adelante. Atrás Lado izquierdo Lado derecho		
Masticación	Presión activa de los molares Palpación de los músculos maseteros		
Movilidad de la mandíbula	Movimiento anteroposterior Movimiento lateral Apertura y cierre		
Sensibilidad orofaríngea	Tocar con un depresor la mucosa derecha izquierda		
Capacidad de limpieza	Movilidad lingual contra resistencia		
Capacidad realizar Tipper	Chasquidos linguales		
Fase oral de transporte			
Capacidad transporte bolo	Barrido del paladar duro con la punta de la lengua desde los incisivos hacia atrás		
Sello palatogloso	Capacidad para pronunciar con fuerza K/K/K		
Fuerza de propulsión	Presionar base lengua y sentir su fuerza		
Fase faríngea			
Calidad vocal	Normal Húmeda Nasal		
Retraso del disparo deglutorio	Palpar la laringe, dar orden de deglutir y comparar si hay retraso del ascenso laríngeo respecto a la deglución del observador		

De la **realización del MECV-V** (Registro Figura 8) se desprende si hay afectación de la eficacia de la deglución y/o la seguridad, el grado de disfagia, el volumen óptimo para garantizar una ingesta eficaz y segura y la viscosidad, teniendo en cuenta la correspondencia con los descriptores establecidos por la IDDSI²⁰ (líquido: textura 0 o fina, néctar: textura 2 o poco espesa, pudín: textura 4, extremadamente espesa o puré). A veces resulta difícil administrar volúmenes de 20 ml sobre todo en personas mayores, en esos casos utilizaremos volúmenes más reducidos (15 ml).

En personas con bajo nivel cognitivo, mayores o con discapacidad, en los que no sea posible emplear el EAT-10 se utilizará el MECV-V como primer método de cribado. Existe una versión adaptada del MECV-V (MEV-V-G) para pacientes ancianos con demencia moderada-severa en la que en lugar de utilizar jeringa para la realización de la prueba se emplea cuchara para administrar las distintas consistencias con volúmenes inferiores²¹. De esta adaptación se ha realizado un registro para poder ser aplicado a cualquier persona con deterioro cognitivo en el entorno sociosanitario. (Registro Figura 9).

Figura 8: Registro de método de exploración clínica volumen-viscosidad (MECV-V)

Nombre y apellidos _____									
Fecha valoración: _____					Prueba realizada por: _____				
Saturación oxígeno basal: _____									

VISCOSIDAD	Néctar/Textura 2			Líquido/Textura 0			Puding/Textura 4		
ALTERACIONES O SIGNOS DE SEGURIDAD									
	5 ml	10 ml	15/20 ml	5 ml	10 ml	15/20 ml	5 ml	10 ml	15/20 ml
TOS	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CAMBIO DE VOZ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DESATURACIÓN DE OXÍGENO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ALTERACIONES O SIGNOS DE EFICACIA									
	5 ml	10 ml	15/20 ml	5 ml	10 ml	15/20 ml	5 ml	10 ml	15/20 ml
SELLO LABIAL	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
RESIDUO ORAL	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DEGLUCIÓN FRACIONADA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
RESÍDUO FARÍNGEO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

EVALUACIÓN FINAL	DISFAGIA	SI	NO
TIPO DE DISFAGIA	LÍQUIDOS	SÓLIDOS	
GRADO DE DISFAGIA	LEVE	MODERADA	MODERADA-SEVERA SEVERA

INGESTA DE FLUÍDOS RECOMENDADA			
VISCOSIDAD	Líquido/Textura 0	VOLUMEN	Bajo
	Néctar/Textura 2		Medio
	Puding/Textura 4		Alto

Adaptado de Registro del método de exploración clínica volumen-viscosidad MECV-V de P. Clavé⁹.

Figura 9: Registro prueba de volumen-viscosidad adaptado para personas con deterioro cognitivo

Nombre y apellidos _____									
Fecha valoración: _____					Prueba realizada por: _____				
Saturación oxígeno basal: _____									

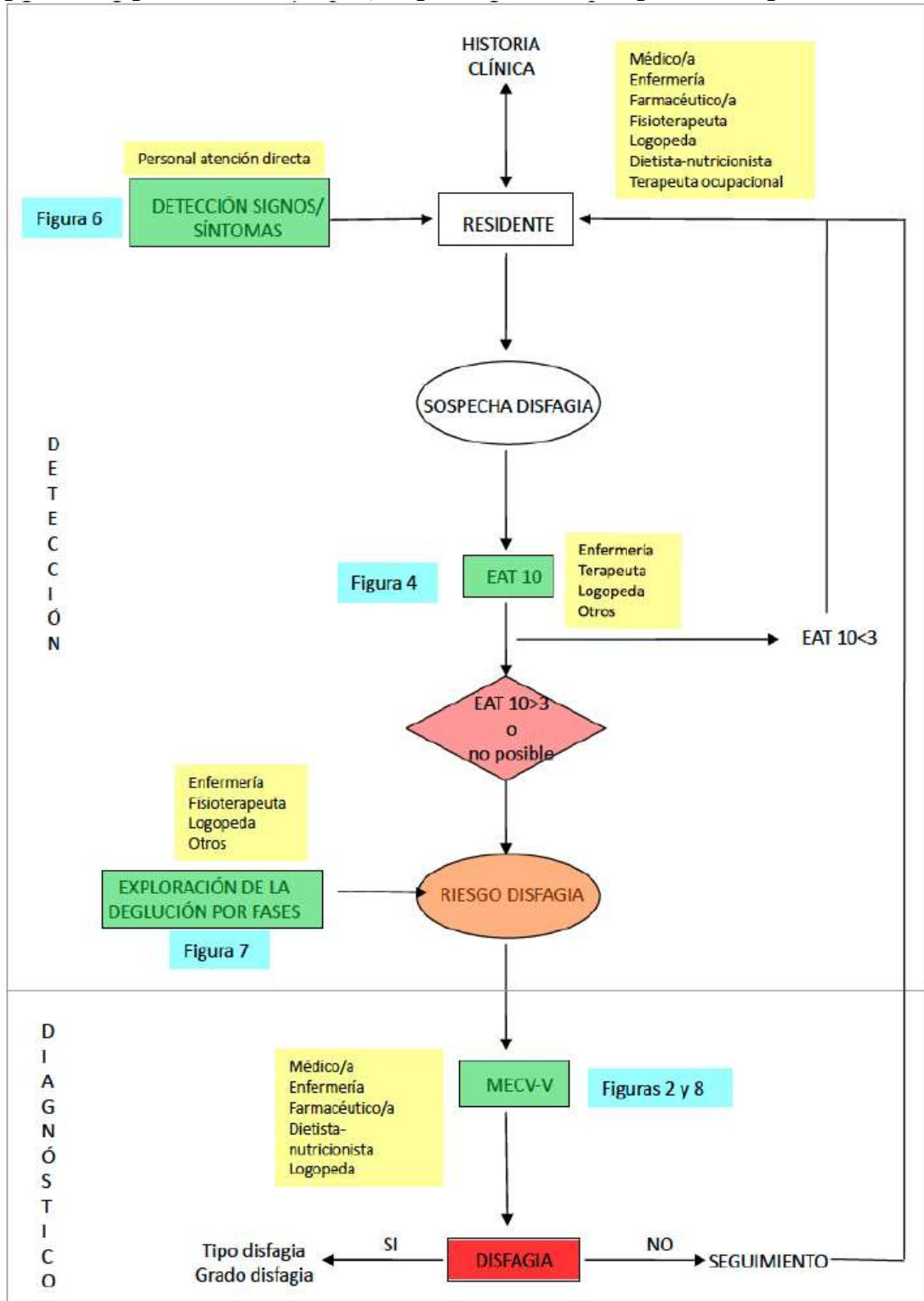
VISCOSIDAD	Néctar/Textura 2			Líquido/Textura 0			Puding/Textura 4		
ALTERACIONES O SIGNOS DE SEGURIDAD									
	5 ml	10 ml	15 ml	5 ml	10 ml	15 ml	5 ml	10 ml	15 ml
	cuch.café	postre	sopera	cuch.café	postre	sopera	cuch.café	postre	sopera
TOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CAMBIO DE VOZ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DESATURACIÓN DE OXÍGENO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALTERACIONES O SIGNOS DE EFICACIA									
	5 ml	10 ml	15 ml	5 ml	10 ml	15 ml	5 ml	10 ml	15 ml
	cuch.café	postre	sopera	cuch.café	postre	sopera	cuch.café	postre	sopera
SELLO LABIAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RESIDUO ORAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DEGLUCIÓN FRACCIONADA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RESÍDUO FARÍNGEO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EVALUACIÓN FINAL	<input type="checkbox"/> DISFAGIA			<input type="checkbox"/> SI			<input type="checkbox"/> NO		
	TIPO DE DISFAGIA			<input type="checkbox"/> LÍQUIDOS			<input type="checkbox"/> SÓLIDOS		
GRADO DE DISFAGIA	<input type="checkbox"/> LEVE		<input type="checkbox"/> MODERADA		<input type="checkbox"/> MODERADA-SEVERA		<input type="checkbox"/> SEVERA		
INGESTA DE FLUÍDOS RECOMENDADA									
VISCOSIDAD	Líquido/Textura 0 <input type="checkbox"/>			VOLUMEN			Bajo/cuch. Café <input type="checkbox"/>		
	Néctar/Textura 2 <input type="checkbox"/>						Medio/c.postre <input type="checkbox"/>		
	Puding/Textura 4 <input type="checkbox"/>						Alto/c.sopera <input type="checkbox"/>		

6- ALGORITMO DIAGNÓSTICO DE DISFAGIA OROFARÍNGEA

En el algoritmo que se presenta en la figura 10 quedan reflejados los procesos de detección y diagnóstico de la disfagia orofaríngea así como los profesionales que intervienen en cada una ellos.

Todas las intervenciones realizadas quedarán reflejadas en el registro de detección y diagnóstico de personas con problemas de deglución (figura 11).

Figura 10: Algoritmo de detección/diagnóstico de la disfagia orofaríngea



7-CONCLUSIONES/RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES

- Establecer programas de detección precoz de la disfagia orofaríngea que incluyan métodos de cribado y diagnóstico.
- La disfagia orofaríngea requiere abordaje multidisciplinar.
- Evaluar el grado de disfagia orofaríngea de cada residente para individualizar el tratamiento.
- Determinar el volumen y viscosidad adecuados para asegurar ingestas seguras y eficaces.
- La disfagia orofaríngea es un síntoma dinámico que requiere una evaluación continua.
- Es fundamental la detección y prevención de las complicaciones para mejorar la calidad de vida.

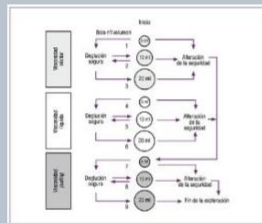


DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO DE LA DISFAGIA OROFARÍNGEA

DETECCION DE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALERTA

Detección precoz de signos y síntomas relacionados con la:

- eficacia de la deglución
- seguridad



CRIBADO Y DIAGNÓSTICO DE LA DISFAGIA OROFARÍNGEA

Cribado EAT10

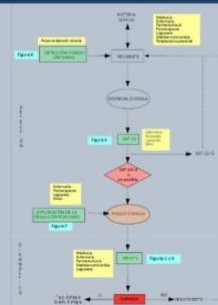
Diagnóstico MECV-V

ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR



Médico/a
Logopeda
Enfermera
Farmacéutica/a
Dietista-nutricionista
Psicoterapeuta

Médico/a
Logopeda



- Evaluar el grado de disfagia.
- Determinar volumen y viscosidad seguras y eficaces.

LA DISFAGIA ES UN SÍNTOMA DINÁMICO QUE REQUIERE EVALUACIÓN CONTÍNUA

8- BIBLIOGRAFÍA

- 1- Garmendia MG; Gómez CC; Ferrero LI. Diagnóstico e intervención nutricional en la disfagia orofaríngea orofaríngea. Barcelona: Ed. Glosa,2007. ISBN 978-84-7429-338-8
- 2- De Pippo KL, Holas MA, Reding MJ. Validation of the 3-oz Water Swallow Test for Aspiration Following Stroke. Arch Neurol. 1992; 49: 1259-1261.
- 3- Smithard DG, O'Neill PA, Park C et al. Can bedside assessment reliably exclude aspiration following acute stroke? Age Ageing 1998; 27:99-106.
- 4- Smith HA, Lee SH, O'Neill PA et al. The combination of bedside swallowing assessment and oxygen saturation monitoring of swallowing in acute stroke: a safe and humane screening tool. Age Ageing 2000 Nov;29(6):495-499.
- 5- DePippo KL, Holas MA, Reding MJ. The Burke Dysphagia Screening Test: Validation of its use in patients with stroke. Arch Phys Med Rehabil. 1994 Dec; 75(12): 1284-6.
- 6- Perry L. Screening swallowing function of patients with acute stroke. J Clin Nurs. 2001 Jul;10(4):463-481.
- 7- Trapl M, Enderle P, Nowotny M, et al. Dysphagia bedside screening for acute stroke patients: The Gugging Swallowing Screen. Stroke 2007; 38(11): 2948-2952.
- 8- Clavé P, Arreola V, Romea M, Medina L. Accuracy of the volume-viscosity swallow test for clinical screening of oropharyngeal dysphagia and aspiration. Clinical Nutrition 2008; 27:806-815.
- 9- Clavé P. Método de exploración clínica volumen-viscosidad MECV-V. Novartis Medical Nutrition; 2005.
- 10- Ickenstein GW, Riecker A, Höhlig C, et al. Pneumonia and in-hospital mortality in the context of neurogenic oropharyngeal dysphagia (NOD) in stroke and a new NOD step-wise concept. J Neurology 2010; 257:1492-1499.
- 11- Suiter DM, Leder SB. Clinical utility of the 3-ounce water swallow test. Dysphagia (2008) 23:244-250.
- 12- Ballesteros MD, Palazuelo L. ¿Y después del ICTUS, qué hacemos para nutrirle? Nutr Hosp.2017; 34(Supl 1): 46-56.
- 13- Belafsky et al. Validity and Reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10). Ann Otol Rhinol Laryngol 2008; 117(12): 919-924.
- 14- Burgos R, Sarto B, Seguro H. y cols. Traducción y validación de la versión en español de la escala EAT-10 (Eating Assessment Tool-10) para despistaje de la disfagia orofaríngea. Nutr Hosp. 2012;27:2048-2054.
- 15- Uhm, K.E., Kim, M., Lee, Y.M. et al. The Easy Dysphagia Symptom Questionnaire (EDSQ): a new dysphagia screening questionnaire for the older adults. Eur Geriatr Med 2019;10:47-52.

- 16- Park YH, Bang HL, Han HR, Chang HK. Dysphagia screening measures for use in nursing homes: a systematic review. J Korean Acad Nurs. 2015 Feb; 45 (1):1-13.
- 17- Logemann J. Evaluation and treatment of swallowing disorders. Austin (TX):1983.
- 18-Grupo de estudio de la Disfagia orofaríngea y Nutrición GEDYN. Guía Clínica para la atención del paciente con Disfagia orofaríngea Orofaríngea. SAMFYRE/SANCYD/2019. ISBN 978-84-09-11956-1.
- 19- Evaluación de la eficacia de los cursos de formación sobre disfagia orofaríngea dirigidos al personal auxiliar de las Residencias de Personas Mayores Dependientes (RPM). Martínez MP et al. Poster presentado en el VI Congreso Nacional de Atención Sanitaria al Paciente Crónico.
- 20- Marco y descriptores de la IDDSI 2.0 <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/> IDDSI 2.0 | Julio 2019
- 21- Silveira LJ, Domingo V, Montero N, y cols . Disfagia orofaríngea en ancianos ingresados en una unidad de convalecencia. Nutr Hosp. 2011;26:501-510.

CAPÍTULO 3. COMPLICACIONES DE LA DISFAGIA

Minerva M. Espert Roig

Farmacéutica Especialista en Farmacia Hospitalaria
Servicio de Farmacia
Residencia para Personas Mayores Dependientes
La Cañada (Valencia)

Ana de la Vega Ortega.

Farmacéutica Especialista en Farmacia Hospitalaria
Servicio de Farmacia
Residencia y Centro de día para Personas Mayores Dependientes
de Carlet (Valencia)

1. Introducción
2. Complicaciones relacionadas con la eficacia
3. Complicaciones relacionadas con la seguridad
4. Complicaciones relacionadas con la calidad de vida
5. Conclusiones y recomendaciones finales
6. Bibliografía

1-INTRODUCCIÓN

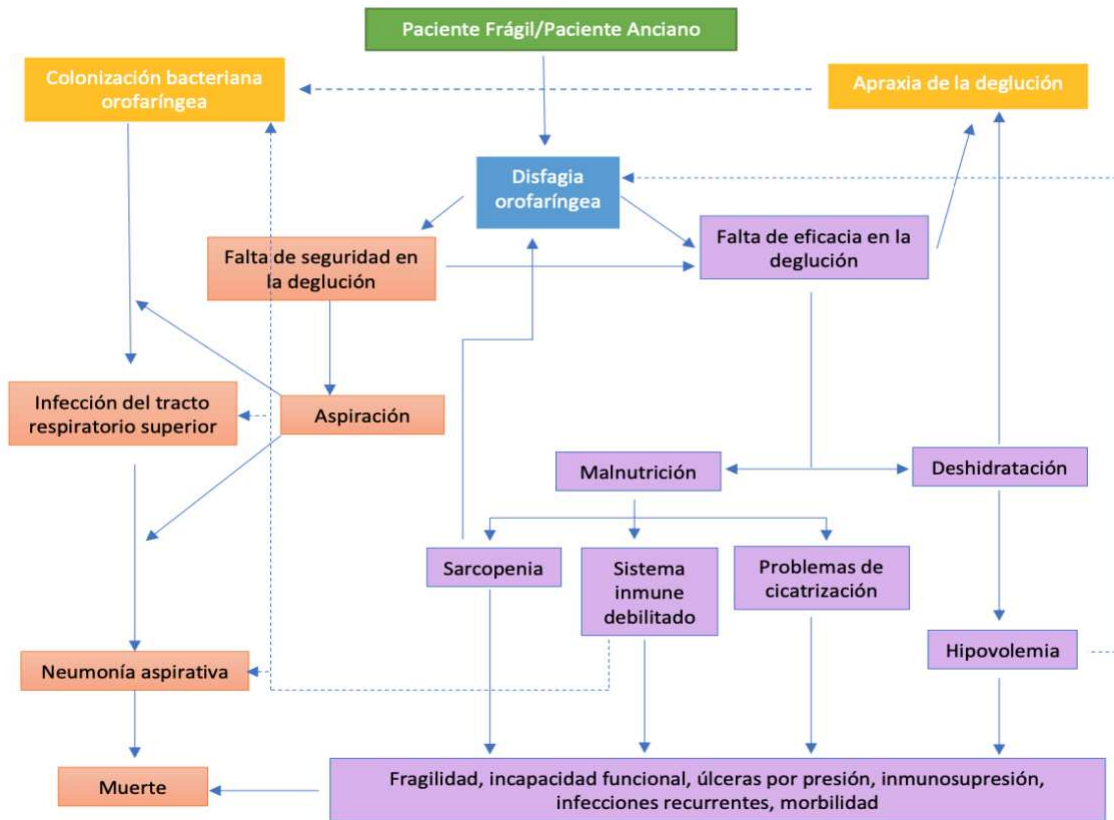
Las complicaciones de la disfagia son consecuencia de las alteraciones que se producen en el proceso deglutorio, que puede variar desde una dificultad moderada hasta una imposibilidad total para ingerir un bolo. Dichas alteraciones se clasifican en dos grandes grupos, según se vea afectada la eficacia o la seguridad de la deglución. No son menos importantes aquellas consecuencias de la disfagia relacionadas con los aspectos psicológicos, sociales y económicos que acompañan a la persona residente y que tienen un impacto importante en su calidad de vida y suponen una carga para el sistema sanitario¹.

Las complicaciones por una **deglución ineficaz**, tienen como consecuencia un insuficiente aporte de nutrientes y de agua y por tanto causan la desnutrición y/o deshidratación de las personas con disfagia.

Cuando se compromete la **seguridad de la deglución**, hay un riesgo elevado de que los alimentos y las secreciones digestivas y faríngeas alcancen las vías respiratorias y los pulmones, produciéndose complicaciones respiratorias. Hasta un 50% de las personas con enfermedades neurológicas y/o personas mayores presentan alteraciones de la seguridad en la deglución^{1,2,3}.

En la figura 1 se muestra la fisiopatología de las complicaciones asociadas a la disfagia⁴.

Figura 1. Fisiopatología de las complicaciones nutricionales y respiratorias asociadas a la disfagia orofaríngea en pacientes ancianos.



Adaptado de Rofes L, Arreola V, Almirall J. *Diagnosis and management of oropharyngeal dysphagia and its nutritional and respiratory complications in the elderly. Gastroenterology Research and Practice.*

A continuación, se detallan las complicaciones relacionadas con la eficacia y seguridad de la deglución y las que afectan a la calidad de vida de las personas que presentan disfagia.

2-COMPLICACIONES RELACIONADAS CON LA EFICACIA

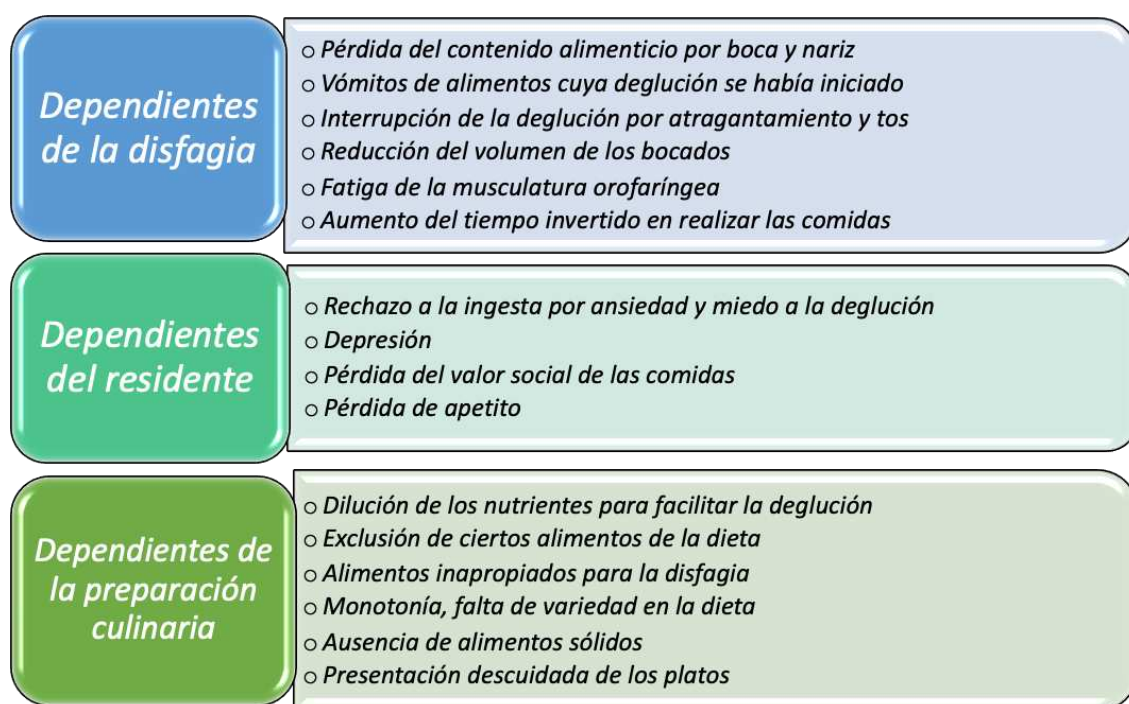
COMPLICACIONES RELACIONADAS CON LA EFICACIA	
<p>PATOGENIA: Las alteraciones que causan estas complicaciones se producen en la fase de preparación y propulsión del bolo como consecuencia del debilitamiento de la musculatura oral (inadecuado cierre labial, masticación prolongada, poca presión ejercida por la lengua sobre el paladar)⁴.</p>	
DESHIDRATACIÓN	<p><u>Causa:</u> Disminución del aporte de líquidos (tanto procedentes del agua de bebida como de los alimentos) a causa de ingestas reducidas por la dificultad para deglutir líquidos y/o sólidos. El riesgo es mayor cuando la situación de la persona residente empeora por fiebre, vómitos, diarrea o tratamientos con algunos fármacos como los diuréticos. Además, en las personas mayores la situación se agrava porque tienen la sensación de sed disminuida o ausente y existen otras patologías concomitantes, como la diabetes que aumenta el riesgo de deshidratación.</p>
	<p><u>Consecuencia:</u> La deshidratación puede conducir a insuficiencia renal prerrenal, agravar una insuficiencia renal preexistente, desencadenar una descompensación hiperosmolar o aumentar la toxicidad renal de los fármacos. Además, aumenta la frecuencia de aparición de infecciones urinarias, se produce un mayor riesgo de caídas por la hipotensión que acompaña a la deshidratación y se ve reducida la elasticidad de la piel, con la consecuente aparición de úlceras por presión.</p> <p>La falta de hidratación puede causar letargo y confusión mental, lo que a su vez empeoraría la disfagia.</p> <p>Casi un 40% de las personas con disfagia presentan signos de deshidratación⁵.</p>
ESTREÑIMIENTO	<p><u>Causa:</u> La insuficiente ingesta líquida, junto con la disminución en la ingesta de alimentos ricos en fibra y la reducción de la actividad física en personas residentes o personas con movilidad reducida.</p>
	<p><u>Consecuencia:</u> Estreñimiento severo.</p>

COMPLICACIONES RELACIONADAS CON LA EFICACIA

<p>DESNUTRICIÓN</p>	<p><u>Causa:</u> Se da una reducción de la cantidad y variedad de los alimentos que se ingieren. La desnutrición suele ser de tipo energético con una pérdida de peso corporal que puede llegar a ser importante según la gravedad de la disfagia. Si la situación se mantiene en el tiempo o se asocia a una enfermedad aguda, conduce a desnutrición energético-proteica, la cual afecta a la capacidad funcional del individuo. En la Figura 2 se detallan los factores que afectan a la reducción de la ingesta en la disfagia¹.</p> <p>En la actualidad se distinguen tres tipos diferentes de desnutrición^{6,7}:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desnutrición ligada a inanición, la cual se ajusta a la situación que se sufre en la disfagia orofaríngea. Se produce en situaciones de disminución de ingesta proteica y energética y se caracteriza por una pérdida de la masa muscular y la grasa subcutánea con ausencia de inflamación. - Desnutrición relacionada con las enfermedades crónicas. Se caracteriza por una disminución de la ingesta secundaria a anorexia o inflamación crónica en el contexto de una enfermedad. Se asocia a neoplasias de cabeza y cuello y a disfagia causada por enfermedades neurodegenerativas. - Desnutrición asociada a patologías agudas, que se caracteriza por un severo estado inflamatorio. Se produce en aquellas personas con disfagia orofaríngea que sufren una neumonía aspirativa. <p>La desnutrición se puede diagnosticar utilizando varias herramientas como el Mini Nutritional Assessment-Short Form (MNA-SF), la medida del IMC y el cálculo del porcentaje de pérdida de peso⁸. Recientemente se han publicado los criterios de la Iniciativa de Liderazgo Global sobre Desnutrición (GLIM) de 2019, que evalúan la gravedad de la desnutrición⁹.</p> <p><u>Consecuencia:</u> Pérdida de peso, aparición de úlceras y aumento de las complicaciones infecciosas, y por tanto, de la mortalidad. La malnutrición se acompaña de una pérdida de masa muscular, que también afecta a los músculos masticadores y deglutorios, lo que produce una retroalimentación de la disfagia que al prolongarse en el tiempo puede inducir fragilidad y sarcopenia.</p> <p>La malnutrición puede presentarse hasta en un tercio de las personas que presentan disfagia⁵.</p>
---------------------	--

Los factores que contribuyen a la disminución de la ingesta en la disfagia y que terminan por causar la desnutrición de la persona residente por su cronificación, pueden tener estos tres orígenes: Dependientes de la propia disfagia, es decir, de la dificultad para iniciar y/o finalizar la deglución con la consiguiente pérdida de habilidad para comer y beber; dependientes del estado anímico y dependientes de la preparación culinaria, que si no se realiza de forma adecuada puede llegar a reducir el aporte nutricional del plato, afectando a la calidad y cantidad del alimento ingerido¹.

Figura 2. Factores que afectan a la disminución de la ingesta en la disfagia.



Adaptado de Camarero González, E. Consecuencias y tratamiento de la disfagia. *Nutr Hosp. Suplementos*. 2009;2(2):66-78.

3-COMPLICACIONES RELACIONADAS CON LA SEGURIDAD

COMPLICACIONES RELACIONADAS CON LA SEGURIDAD

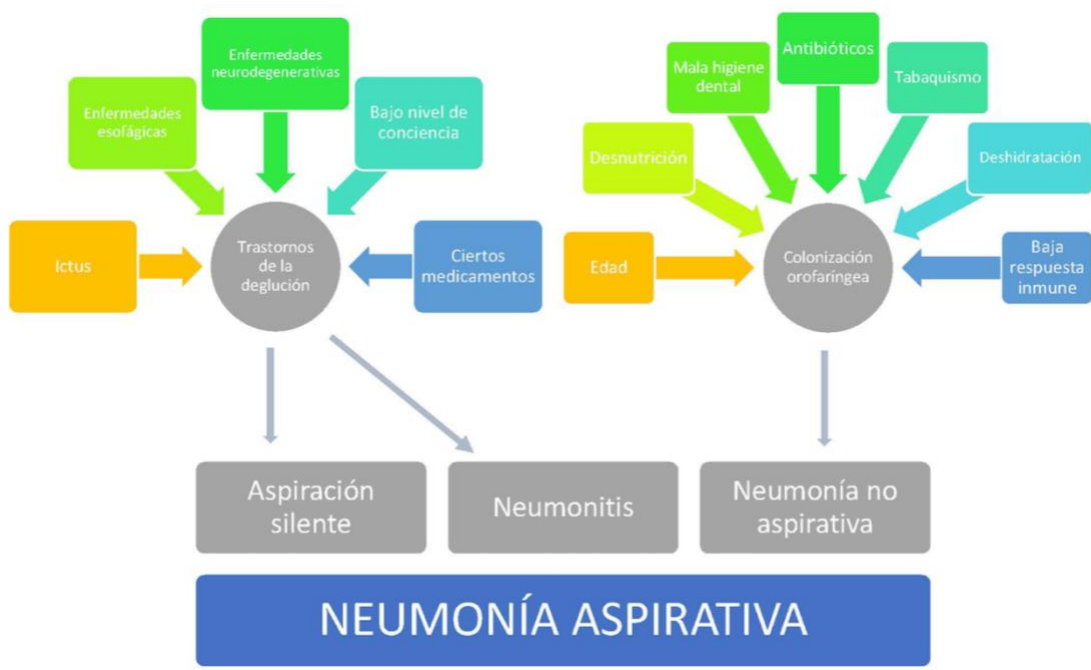
PATOGENIA: Una lenta respuesta neurológica a la deglución asociada a la edad, enfermedades neurodegenerativas, demencia y/o algunos fármacos, causan la pérdida de varios reflejos fisiológicos orofaríngeos, como el cierre laríngeo.

INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA	<u>Causa:</u> Se produce cuando la cantidad de aspirado es importante, ya sea por la aspiración de un volumen elevado o de un bolo sólido que obstruye las vías respiratorias.
	<u>Consecuencia:</u> Disnea aguda, taquicardia e hipotensión y muerte.
NEUMONITIS POR ASPIRACIÓN	<u>Causa:</u> Cuando el material aspirado contiene ácido gástrico regurgitado, causa una abrasión química del sistema respiratorio que produce una reacción inflamatoria. Tras la aspiración, aparece tos o estridor de corta duración. Para hablar de neumonitis, el material aspirado debe tener un pH < 2,5 y su volumen > 20-25ml. No conlleva infección respiratoria ya que la acidez gástrica impide la proliferación bacteriana, a no ser que la persona tenga suprimida la acidez gástrica por algún tratamiento farmacológico o sufra de gastroparesia ² .
	<u>Consecuencia:</u> Cianosis, en los casos en que se produzca disnea intensa. También puede aparecer fiebre de bajo grado, crepitantes difusos, hipoxemia e hipotensión ² .

COMPLICACIONES RELACIONADAS CON LA SEGURIDAD

<p>NEUMONÍA POR ASPIRACIÓN</p>	<p><u>Causa:</u> Se habla de neumonía por aspiración cuando hay una evidencia radiológica de condensación pulmonar causada por el paso al árbol traqueobronquial de material aspirado colonizado por microorganismos patógenos en suficiente cantidad como para desarrollar infección pulmonar en personas con alteraciones de la motilidad orofaríngea o gastroesofágica¹⁰.</p> <p>La existencia de infección oral (caries, gingivitis, periodontitis y la deficiente higiene oral) junto con la deshidratación que acompaña a la disfagia, son factores que favorecen la colonización de las secreciones orofaríngeas por gérmenes patógenos. Las bacterias que con mayor frecuencia se detectan en los aspirados traqueobronquiales son: Streptococo, Moraxella y Haemophylus¹¹. Otro factor agravante es el empleo de neurolépticos, que en personas con demencia aumenta la dificultad de la deglución^{12,13}.</p> <p>Así pues, se puede afirmar que para que se produzca la neumonía por aspiración, deben coexistir dos tipos de factores de riesgo: Factores que alteren la motilidad orofaríngea y/o gastroesofágica, y factores que favorezcan la colonización bacteriana de las secreciones (Figura 3).</p> <p><u>Consecuencia:</u> Es la complicación más grave de la disfagia. Hasta una tercera parte de las personas que aspiran lo hacen de forma silente, sin tos, lo que aumenta el riesgo de neumonía. Es la mayor causa de muerte en personas con disfagia (50%)^{14,15,16}.</p>
------------------------------------	---

Figura 3. Factores de riesgo de trastornos de la deglución y de contaminación orofaríngea que influyen en la aparición de neumonía aspirativa.



Adaptado de Almirall J, Cabré M, Clavé P. Neumonía aspirativa. *Med. Clin (Barc)* 2007;129(11):424-32.

4-COMPLICACIONES RELACIONADAS CON LA CALIDAD DE VIDA

COMPLICACIONES RELACIONADAS CON LA CALIDAD DE VIDA	
<p>PATOGENIA: Las complicaciones relacionadas con la eficacia y la seguridad anteriormente citadas tienen un impacto psicológico y social con consecuencias negativas en el bienestar de la persona al imposibilitarle realizar ingestas normales¹⁷.</p>	
ANSIEDAD Y DEPRESIÓN	<p><u>Causa</u>: La presencia constante de signos de alarma, molestias, incluso dolor.</p>
	<p><u>Consecuencia</u>: Un 40% de los individuos con disfagia sienten desmotivación, ansiedad y/o miedo anticipatorio al momento de la ingesta¹⁸. Astenia, debilidad muscular, apatía, baja autoestima y humor depresivo son frecuentes en las personas con disfagia⁶.</p>
AISLAMIENTO SOCIAL	<p><u>Causa</u>: Las personas residentes que no pueden deglutir con seguridad y/o eficacia, muchas veces se sienten incómodos compartiendo mesa con otras personas, incluso con sus propios familiares. Los episodios de tos o salida del contenido alimenticio de la boca, o el hecho de que se prolongue el tiempo dedicado a la ingesta, conducen a una pérdida del placer de comer¹⁹. Además, las medidas compensatorias que deben tomar para poder realizar las ingestas de forma más segura y eficaz no son bien aceptadas por las personas residentes con disfagia cuando las han de realizar en un ambiente familiar o en un contexto social⁶.</p>
	<p><u>Consecuencia</u>: Un 30% de las personas que sufren disfagia evitan comer con otros y prefieren hacerlo de forma aislada¹⁸.</p>

5-CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES FINALES

En este capítulo hemos podido comprender cómo la disfagia multiplica la morbimortalidad de las personas residentes que la padecen al condicionar alteraciones en la seguridad y eficacia de la deglución.

Podemos colegir que:

- Las principales complicaciones de la disfagia relacionadas con fallos en la eficacia de la deglución son la desnutrición y la deshidratación.
- La neumonía por aspiración es la complicación más frecuente relacionada con alteraciones en la seguridad de la deglución.
- La calidad de vida de la persona residente con disfagia se ve mermada de forma importante como consecuencia de estas complicaciones.
- Es importante el impacto sociosanitario de la disfagia en los sistemas de salud, pues se eleva el coste sanitario a causa de los ingresos hospitalarios y el aumento de los recursos empleados.

En los capítulos siguientes se abordará cómo prevenir estas complicaciones.

RECOMENDACIONES: La implementación de medidas preventivas adecuadas de forma precoz contribuye a mejorar la situación clínica y calidad de vida de las personas residentes y ayuda a reducir los costes sociosanitarios.



COMPLICACIONES DE LA DISFAGIA



COMPLICACIONES RELACIONADAS CON LA EFICACIA

Son complicaciones que se producen en la fase preparatoria de la deglución y tienen como consecuencia un insuficiente aporte de nutrientes y agua



INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA

NEUMONÍA POR ASPIRACIÓN



NEUMONITIS

COMPLICACIONES RELACIONADAS CON LA SEGURIDAD

Se trata de complicaciones respiratorias que se producen como consecuencia del paso de alimentos y/o secreciones, digestivas o faríngeas, a las vías respiratorias y a los pulmones

COMPLICACIONES RELACIONADAS CON LA CALIDAD DE VIDA

Se refiere a complicaciones relacionadas con el impacto psicológico y social como consecuencia de las dificultades relacionadas con la eficacia y seguridad de la deglución



Es importante el impacto sociosanitario de la disfagia en los sistemas de salud, pues se eleva el **coste sanitario** a causa de los ingresos hospitalarios y el aumento de los recursos empleados



La implementación de medidas preventivas de forma precoz contribuye a mejorar la situación clínica y la calidad de vida de las personas residentes

6-BIBLIOGRAFÍA:

1. Camarero González, E. Consecuencias y tratamiento de la disfagia. *Nutr Hosp. Suplementos*. 2009;2(2):66-78.
2. Barroso J. Disfagia orofaríngea y broncoaspiración. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2009;44(S2):22-28.
3. Hyeju Han, MS, Gayoung Shin, MD. The relation between the presence of aspiration or penetration and the clinical indicators of dysphagia in poststroke survivors. *Ann Rehabil Med* 2016;40(1):88-94.
4. Rofes L, Arreola V, Almirall J. Diagnosis and management of oropharyngeal dysphagia and its nutritional and respiratory complications in the elderly. *Gastroenterology Research and Practice*. 2011.818979.
5. Botella Trelis JJ, Ferrero López MI. Manejo de la disfagia en el anciano institucionalizado: situación actual. *Nutr Hosp* 2002;17:168-174.
6. Baijens LW, Clavé P, Cras P, Ekberg O, Forster A, Kolb GF, Leners JC, Masiero S, Mateos-Nozal J, Ortega O, Smithard DG, Speyer R, Walshe M. European Society for Swallowing Disorders - European Union Geriatric Medicine Society white paper: oropharyngeal dysphagia as a geriatric syndrome. *Clin Interv Aging*. 2016 Oct 7;11:1403-1428. doi: 10.2147/CIA.S107750. PMID: 27785002; PMCID: PMC5063605.
7. Jensen GL, Mirtallo J, Compher C, et al. Adult starvation and disease-related malnutrition: a proposal for etiology-based diagnosis in the clinical practice setting from the International Consensus Guideline Committee. *Clin Nutr*. 2010;29(2):151-153.
8. Tagliaferri S, Lauretani F, Pelá G, et al. The risk of dysphagia is associated with malnutrition and poor functional outcomes in a large population of outpatient older individuals. *Clinical Nutrition*. 2018.
9. Jensen GL, Cederholm T, Correia MITD, Gonzalez MC, Fukushima R, Higashiguchi T, de Baptista GA, Barazzoni R, Blaauw R, Coats AJS, Crivelli A, Evans DC, Gramlich L, Fuchs-Tarlovsky V, Keller H, Llido L, Malone A, Mogensen KM, Morley JE, Muscaritoli M, Nyulasi I, Pirlich M, Pisprasert V, de van der Schueren M, Siltharm S, Singer P, Tappenden KA, Velasco N, Waitzberg DL, Yamwong P, Yu J, Compher C, Van Gossum A. GLIM Criteria for the Diagnosis of Malnutrition: A Consensus Report From the Global Clinical Nutrition Community. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*. 2019 Jan;43(1):32-40. doi: 10.1002/jpen.1440. Epub 2018 Sep 2. PMID: 30175461.
10. Almirall J, Cabré M, Clavé P. Neumonía aspirativa. *Med. Clin (Barc)* 2007;129(11):424-32.
11. Ortega O, Sakwinska O, Combremont S, Berger B, Sauser J, Parra C, Zarcero S, Nart J, Carrión S, Clavé P. High prevalence of colonization of oral cavity by respiratory pathogens in frail older patients with oropharyngeal dysphagia. *Neurogastroenterol Motil*. 2015 Dec;27(12):1804-16. doi: 10.1111/nmo.12690. Epub 2015 Sep 28. PMID: 26416412.

12. Liantonio John, Salzman Brooke, Snyderman Danielle. Preventing Aspiration Pneumonia by Addressing Three Key Risk Factors: Dysphagia, Poor Oral Hygiene, and Medication Use. *Annals of Long-Term Care: Clinical Care and Aging*. 2014;22(10):42-48.
13. Van der Stenn JT, Ooms ME, Mehr DR, et al. Severe dementia and adverse outcomes of nursing home-acquired pneumonia: Evidence for medication by functional and pathophysiological decline. *J Am Geriatr Soc*.2002;50:429-48.
14. Cook IJ, Kahrillas PJ. AGA technical review on management of oropharyngeal dysphagia. *Gastroenterology*. 1999;116:455-78.
15. Quagliarello V, Ginter S, Han L. et al. Modifiable risk factors for Nursing home-acquired pneumonia. *Clinical Infectious Diseases*.2005;40:1-6.
16. Mateu Cabre, Mateu Serra-Prat, Elisabet Palomera, Jordi Almirall, Roman Pallares, Pere Clavé, Prevalence and prognostic implications of dysphagia in elderly patients with pneumonia, *Age and Ageing*, Volume 39, Issue 1, January 2010, Pages 39–45, <https://doi.org/10.1093/ageing/afp100>
17. Kim, J-Y, Lee, YW, Kim, H-S, Lee, E-H. The mediating and moderating effects of meaning in life on the relationship between depression and quality of life in patients with dysphagia. *J Clin Nurs*. 2019; 28: 2782– 2789. <https://doi.org/10.1111/jocn.14907>
18. Ekberg O, Hamdy S, Woisard V, Wuttge-Hannig A, Ortega P. Social and psychological burden of dysphagia: its impact on diagnosis and treatment. *Dysphagia*. 2002;17(2):139–146.
19. Atenció a la disfàgia orofaríngia en els diversos àmbits del sistema de salut: document de consens. Barcelona: Direcció General d'Ordenació Professional i Regulació Sanitària; 2018. <http://hdl.handle.net/11351/5694>



**GENERALITAT
VALENCIANA**

Vicepresidència i Conselleria
d'Igualtat i Polítiques Inclusives



SISTEMA PÚBLIC
VALENCIÀ DE
SERVEIS SOCIALS

BLOQUE II. INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS EN LAS PERSONAS RESIDENTES CON DISFAGIA

CAPÍTULO 4: INTERVENCIÓN NUTRICIONAL EN LAS PERSONAS RESIDENTES CON DISFAGIA

M. Pilar Martínez Antequera

Farmacéutica Especialista en Farmacia Hospitalaria

Servicio de Farmacia

Residencia para Personas Mayores Dependientes

La Cañada (Valencia)

1. Introducción
2. Adaptación dieta oral
3. Valoración nutricional en las personas residentes con disfagia orofaríngea
4. Refuerzo de la alimentación tradicional
5. Soporte nutricional oral
6. Alimentación enteral por sonda
7. Algoritmo de intervención nutricional en disfagia
8. Conclusiones/recomendaciones
9. Bibliografía

1-INTRODUCCIÓN

Una vez detectada la disfagia, es necesario realizar una serie de adaptaciones en la dieta con el objetivo de mejorar la seguridad de la misma y evitar las complicaciones derivadas. Dicha dieta, denominada dieta de textura modificada, debe cubrir las necesidades energéticas y proteicas de la persona residente. En los capítulos 3, 4, 5 y 6 del volumen 2 se explica de manera más extendida cómo adaptar las dietas de manera individualizada, según el grado de disfagia de cada persona residente, y las diferentes texturas adaptadas. También se incluyen propuestas de menús orientativos adaptados a diferentes consistencias para poder seleccionar la textura más adecuada para cada persona. En este capítulo se darán unas pinceladas básicas de las adaptaciones de la dieta habitual de la persona residente con disfagia orofaríngea y se profundizará en la intervención nutricional específica en el caso de déficit nutricional.

2-ADAPTACIÓN DE LA DIETA ORAL

Una parte fundamental para evitar la desnutrición y las complicaciones de la disfagia es la **adaptación individualizada** de la dieta de la persona diagnosticada de disfagia. Esta adaptación debe ser progresiva, modificándose la misma según la evolución y progresión de la enfermedad. Se debe adaptar la alimentación al grado y al tipo de disfagia. Tal y como se ha definido en el capítulo 2 de este manual, se pueden definir diversos grados de severidad de la disfagia orofaríngea que se muestran en la tabla 1. La adaptación de la alimentación en estas personas se conoce como **dieta de textura modificada**. En el momento que la disfagia sea tan grave que impida la alimentación oral, es posible que deba plantearse la posible colocación de una sonda enteral.

Tabla 1: Grados de disfagia orofaríngea y adaptación dietética recomendada

Grado de disfagia	Afectación de la deglución	Adaptaciones de la dieta
Leve	Afectación de la eficacia (pérdida del contenido oral, retraso en la deglución, presencia de residuos orales). Afectación de la seguridad en la administración de líquidos con textura 2 (presencia de tos, cambios en la voz).	La dieta, si no existen problemas de masticación, puede ser de fácil masticación o suave y tamaño bocado siempre evitando dobles texturas y alimentos de riesgo.
Moderada	Afectación de la eficacia y de la seguridad (alteraciones en el reflejo de la deglución, presencia de tos y cambios en la voz) No tolera la textura 2 de la IDDSI (presencia de tos o signos de aspiración con esa textura) Riesgo de aspiración.	Modificación de la textura y/o volumen de la dieta sólida. La dieta deberá adaptarse a consistencia, picada húmeda o consistencia puré siempre evitando dobles texturas y alimentos de riesgo.
Moderada-severa	Afectación de la eficacia y de la seguridad de manera grave. Tolerancia a textura 4 de la IDDSI. Evidencia de aspiraciones.	Adaptación a dieta de consistencia puré o nivel 4. Puede ser necesaria la utilización de espesantes para mejorar la consistencia. Precisa intensa supervisión.
Severa	Presenta aspiraciones con todas las texturas y viscosidades.	Restricción de la vía oral, siendo necesaria la vía enteral para la alimentación.

Desde la *Dysphagia Diet Standardisation Initiative (IDDSI)* se ha llevado a cabo la estandarización de las diferentes texturas recomendadas para las personas con disfagia, ofreciendo unos descriptores unificados de los diferentes niveles de textura y métodos sencillos para comprobar si las preparaciones son adecuadas¹. En este capítulo se incluyen las texturas definidas para los alimentos sólidos y que se resumen en la figura 1.

Figura 1. Texturas de los alimentos sólidos definidos por la IDDSI¹



En las siguientes tablas se especifican las características de los diferentes niveles de textura de los sólidos, los indicadores fisiológicos para ese nivel de textura y las pruebas a utilizar para comprobar si dicha consistencia es la correcta.

Tabla 2. Descriptores para el nivel de textura 3: licuada o moderadamente espesa¹

Nivel 3: licuada o moderadamente espesa
Descripción/Características
<p>Puede beberse de un vaso o comerse con cuchara, pero no con tenedor, ya que gotea lentamente en porciones a través de las ranuras del cubierto.</p> <p>Requiere cierto esfuerzo para ser succionada a través de una pajita con un diámetro estándar o más ancho (pajita con diámetro ancho = 0.275 pulgadas o 6.9 mm).</p> <p>No logra amontonarse, formar capas o ser moldeada sobre un plato.</p> <p>No necesita trituración o masticación - puede deglutirse directamente.</p> <p>Presenta textura homogénea (sin grumos, fibras, parte de la cáscara o piel, partículas de cartílago o hueso).</p>
Indicadores fisiológicos para este nivel de textura
<p>Debido a que aumenta el tiempo de contención oral, la textura licuada/moderadamente espesa (Nivel 3) puede indicarse si el control lingual es insuficiente para manejar bebidas poco espesas (Nivel 2). Este nivel de textura requiere cierto esfuerzo de propulsión lingual y es adecuado si se siente dolor al deglutir.</p>
Prueba de flujo IDDSI
<p>El líquido de prueba fluye a través de una jeringa de 10 mL, dejando más de 8 mL en la jeringa después de 10 segundos.</p>
Test de goteo del tenedor
<p>Gotea lentamente en porciones a través de las ranuras de un tenedor.</p>
Test de presión con tenedor
<p>Si se pasan los dientes de un tenedor sobre la superficie del líquido de prueba, no queda marca clara.</p>
Test de inclinación de cuchara
<p>Se vierte con facilidad de una cuchara cuando ésta se inclina; no queda adherida a la cuchara. Además, se extiende si se derrama sobre una superficie plana.</p>
Ejemplos de alimentos específicos
<p>Los siguientes alimentos pueden ser incluidos en el Nivel 3 de la IDDSI:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alimento para bebés (p.ej., cereal de arroz o puré de frutas goteante). - Salsas y caldos. - Almíbar de frutas.

Tabla 3 Descriptores para el nivel de textura 4: puré o extremadamente espesa ¹

Nivel 4: puré o extremadamente espesa
Descripción/Características
<p>Usualmente, se lleva a la boca con cuchara (es posible con tenedor). No puede beberse de un vaso. No es succionable a través de la pajita. No requiere masticación. Puede almacenarse, formar capas y ser moldeada. Mantiene su forma sobre la cuchara. Muestra un movimiento muy lento bajo gravedad, a pesar de ello, no puede verterse. Cuando la cuchara se inclina, cae en una sola cucharada y continúa manteniendo su forma sobre el plato. No tiene grumos. No es pegajosa. El líquido no se separa del sólido.</p>
Indicadores fisiológicos para este nivel de textura
<p>Si el control lingual está reducido significativamente, la textura puré/extremadamente espesa (Nivel 4) puede manejarse con mayor facilidad. Demanda menor esfuerzo de propulsión lingual que la textura picada y húmeda (Nivel 5), suave y tamaño bocado (Nivel 6) y normal (Nivel 7), pero más esfuerzo que la licuada / moderadamente espesa (Nivel 3). Por otra parte, no requiere mordiscos ni masticación, de ahí que es adecuada si se siente dolor o fatiga al masticar, si se utilizan prótesis dentales mal ajustadas o hay falta de piezas dentales. El riesgo de residuos se incrementa si la textura es muy pegajosa. Cualquier alimento que requiera masticación, control de manipulación o formación del bolo, no se ajusta a esta categoría.</p>
Prueba de flujo IDDSI
No fluye ni gotea a través de la boquilla de una jeringa después de 10 segundos.
Test de goteo del tenedor
Se apila sobre un tenedor. Una pequeña cantidad de la muestra puede discurrirse y formar un hilo bajo el tenedor, pero no fluye ni gotea continuamente a través de las ranuras del cubierto.
Test de presión con tenedor
Si se pasan los dientes de un tenedor sobre la superficie de la muestra, queda marca clara y el alimento conserva la hendidura del cubierto. Sin grumos.
Test de inclinación de cuchara
Se vierte con facilidad de una cuchara cuando ésta se inclina; no queda adherida a la cuchara.
Test de palillos
No puede manipularse con palillos.
Test de presión digital
No es posible mantener una muestra de esta textura entre la yema del pulgar y otros dedos, ya que se desliza suave y fácilmente entre ellos, dejando solo un revestimiento.
Ejemplos de alimentos específicos
Los siguientes alimentos pueden ser incluidos en el Nivel 4 de la IDDSI: Puré apto para bebés (p. ej., puré de carne, cereal espeso).

Tabla 4. Descriptores para el nivel de textura 5: picada y húmeda ¹

Nivel 5: picada y húmeda
Descripción/Características
Puede comerse con tenedor o cuchara y, en algunos casos, con palillos si el individuo tiene muy buen control manual. Podría servirse y ser moldeada (p. ej., en forma de bola) sobre un plato. Es blanda y húmeda, sin líquido fino aparte. Contiene pequeños grumos visibles (niños 2-4 mm; adultos 4 mm) que se aplastan fácilmente con la lengua.
Indicadores fisiológicos para este nivel de textura
La textura picada húmeda (Nivel 5) no requiere mordidas. Exige masticación mínima; por lo tanto, es adecuada si se siente dolor o fatiga al masticar, si hay prótesis dentales mal ajustadas o falta de piezas dentales. Los grumos suaves de este tipo de alimento pueden deshacerse tan solo empleando fuerza lingual, fuerza que se necesita para el transporte del bolo.
Prueba de flujo IDDSI
No aplicable.
Test de goteo del tenedor
Puede apilarse o formar un montículo sobre un tenedor sin discurrir o caer fácil o completamente a través de las ranuras del cubierto.
Test de presión con tenedor
La muestra puede ser aplastada fácilmente si se presiona un poco con la base del tenedor (dicha presión no debe hacer que la uña del dedo pulgar se blanquee). Al presionar el alimento, las partículas se separan con facilidad y atraviesan las ranuras del cubierto.
Test de inclinación de cuchara
Es bastante cohesiva para mantener su forma sobre la cuchara. Una cucharada llena debe caer de la cuchara si ésta se inclina, gira lateralmente o se agita de modo ligero; la muestra no debe ser pegajosa, debe deslizarse con facilidad dejando muy poca cantidad de alimento sobre el cubierto. Un montículo apilado puede dispersarse ligeramente sobre un plato plano.
Test de palillos
Esta textura se puede apilar o sostener con palillos si la muestra es húmeda, cohesiva y la persona tiene muy buen control manual para emplear palillos.
Test de presión digital
Es posible mantener una muestra de este alimento usando los dedos; las partículas suaves, pequeñas, blandas y redondas pueden ser aplastadas fácilmente entre las yemas de los dedos. El material se sentirá húmedo y dejará los dedos mojados.
Ejemplos de alimentos específicos
Carne: - Picada o cortada finamente (piezas de 2-4 mm) - Servida en salsa o caldo extremadamente espeso, homogéneo, que no se derrama - Se debe presentar como puré si no se puede picar de manera fina Pescado: - Aplastado finamente - Servido en salsa o caldo extremadamente espeso, homogéneo, que no se derrama Frutas y Vegetales: - Servidas aplastadas y escurridas (se escurre el excedente de jugo) - No debe estar presente un líquido fino Arroz: - Ni pegajoso ni glutinoso (sobre todo, granos cortos) - No debe separarse en granos individuales al ser cocinado y servido (especialmente, granos largos)

Tabla 5. Descriptores para el nivel de textura 6: suave y tamaño bocado ¹

Nivel 6: suave y tamaño bocado
Descripción/Características
<p>Puede comerse con tenedor. Para cortar esta textura, no se hace necesario el uso de un cuchillo, sin embargo, éste puede emplearse para cargar el tenedor o la cuchara. Podría ser aplastada/quebrada con la presión de un tenedor, cuchara o palillos. Requiere masticación antes de ser deglutida. Es completamente suave, blanda y húmeda, sin líquido fino aparte. El "tamaño bocado" de las piezas depende del tamaño del alimento y las habilidades de procesamiento oral del individuo (niños, piezas de 8 mm; adultos, piezas de 15 mm = 1.5 cm).</p>
Indicadores fisiológicos para este nivel de textura
<p>La textura suave y tamaño bocado (Nivel 6) no requiere mordiscos, pero sí masticación. Demanda fuerza y control lingual para movilizar y mantener el alimento dentro de la boca durante el proceso masticatorio. Este tipo de comida precisa fuerza lingual para ser transportada y deglutida como bolo. Además, es adecuada si hay dolor o fatiga al masticar, si hay falta de piezas dentales o prótesis dentales mal ajustadas.</p>
Prueba de flujo IDDSI
No aplicable.
Test de presión con tenedor
<p>Se puede utilizar la presión de un tenedor sobre su costado para "cortar" o quebrar esta textura en pequeñas piezas. Cuando una muestra del tamaño de la uña de un dedo pulgar (~1.5 x 1.5 cm) se presiona con la base de un tenedor hasta que la uña del pulgar se blanquee, el alimento se aplasta, cambia de forma y no regresa a su aspecto original una vez que el cubierto es retirado.</p>
Test de presión con cuchara
<p>Se puede emplear la presión de una cuchara sobre su costado para "cortar" o quebrar esta textura en pequeñas piezas. Cuando una muestra del tamaño de la uña de un dedo pulgar (~1.5 x 1.5 cm) se presiona con el cuenco de una cuchara hasta que la uña del pulgar se blanquee, el alimento se aplasta, cambia de forma y no regresa a su aspecto original una vez que el cubierto es retirado.</p>
Test de palillos
<p>Los palillos pueden usarse para quebrar esta textura en pequeñas piezas.</p>
Test de presión digital
<p>Es posible aplastar una muestra del tamaño de la uña de un dedo pulgar (~1.5 x 1.5 cm) usando la presión de los dedos hasta que la uña del índice y pulgar se blanqueen. El alimento no regresa a su forma original una vez que la presión cede.</p>
Ejemplos de alimentos específicos
<p>Carne:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cocinadas, suaves, en piezas < a 15 mm x 15 mm - Sin huesos - Si la textura no puede servirse blanda y en piezas de 15 mm x 15 mm, debe ser servida picada y húmeda <p>Pescado:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bastante suaves y cocinados para que sean reducidos a pequeñas piezas con ayuda de un tenedor o cuchara - Sin espinas - Aplastado finamente - Servido en salsa o caldo extremadamente espeso, homogéneo, que no se derrama <p>Frutas y Vegetales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Servidas aplastadas y escurridas (se escurre el excedente de jugo) - Sin fibras - Individualmente se evalúa la habilidad para manejar frutas con alto contenido en agua, dado que el jugo se separa del sólido en la boca durante la masticación <p>Cereal:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se acepta blando con grumos suaves y tamaño no superior a 15 mm - Textura completamente suavizada - Cualquier exceso de leche o fluido tiene que escurrirse

Tabla 6: Descriptores para el nivel de textura 7: fácil de masticar¹

Nivel 7: Fácil de masticar
<p>Descripción/Características</p> <p>Normal, aplican alimentos cotidianos con textura suave/blanda, apropiados según edad y nivel de desarrollo. Estos alimentos pueden comerse empleando cualquier método. El tamaño de la muestra no es restrictivo en el Nivel 7, por lo tanto, los alimentos podrían tener una variedad de tamaños: - Trozos menores o mayores a 8 mm (niños). - Trozos menores o mayores a 15 mm = 1.5 cm (adultos). No incluye alimentos: Duros, rígidos, fibrosos, con hebras, crujientes, que se desmenuzan/desmoronan al ser mordidos, con pepitas, granos, semillas, pulpa de fruta, cartílagos o huesos. Podría incluir: Bebidas y alimentos con consistencia mixta, si se consideran seguros para el Nivel 0 (Fina) y, a discreción clínica. Por el contrario, si no se consideran seguros, la porción líquida puede espesarse al nivel recomendado por el profesional clínico.</p>
<p>Indicadores fisiológicos para este nivel de textura</p> <p>Requiere la habilidad para: - Morder, masticar y procesar oralmente alimentos suaves hasta que se forme un bolo cohesivo listo para ser deglutido. - Morder y procesar de forma oral alimentos suaves/blandos sin fatigarse fácilmente. El Nivel 7 fácil de masticar podría: - Ser apropiado para individuos que mastican o degluten los alimentos con dificultad o dolor. - Aumentar el riesgo de atragantamiento de quienes han sido clínicamente identificados con tal riesgo, ya que los trozos de alimento pueden ser de cualquier tamaño. De ahí que restringir el tamaño de las piezas, minimiza el riesgo de atragantamiento (ver Nivel 4 Puré, Nivel 5 Picada y húmeda, Nivel 6 Suave y tamaño bocado). - Ser utilizado por el profesional clínico calificado para evolucionar o progresar la textura de la dieta a alimentos que demanden habilidades de masticación avanzadas.</p>
<p>Test de presión con tenedor</p> <p>Se puede utilizar la presión de un tenedor sobre su costado para "cortar" o quebrar esta textura en pequeñas piezas. Cuando una muestra del tamaño de la uña de un dedo pulgar (1.5 x 1.5 cm) se presiona con la base de un tenedor hasta que la uña del pulgar se blanquee, el alimento se aplasta, cambia de forma y no regresa a su aspecto original una vez que el cubierto es retirado.</p>
<p>Test de presión con cuchara</p> <p>Se puede emplear la presión de una cuchara sobre su costado para "cortar" o quebrar esta textura en pequeñas piezas. Cuando una muestra del tamaño de la uña de un dedo pulgar (1.5 x 1.5 cm) se presiona con el cuenco de una cuchara hasta que la uña del pulgar se blanquee, el alimento se aplasta, cambia de forma y no regresa a su aspecto original una vez que el cubierto es retirado.</p>











Tabla 7: Descriptores para el nivel de textura 7: normal ¹

Nivel 7: normal
Descripción/Características
<p>Normal, aplica cualquier alimento de textura variada apropiado según edad cronológica y desarrollo.</p> <p>Para comer estos alimentos, se puede emplear cualquiera de los métodos anteriormente descritos en este documento.</p> <p>En el Nivel 7, es posible encontrar una variedad de muestras, puesto que no existe restricción de tamaño.</p> <p>No hay restricción de texturas en este nivel. Incluye: alimentos rígidos, duros, masticables, fibrosos, secos, crujientes, punzantes, naturalmente suaves o que se desmenuzan a mordiscos; con semillas, pulpa bajo la cáscara, hojas, cartílago o hueso; comidas y líquidos con doble consistencia o consistencia mixta.</p>
Indicadores fisiológicos para este nivel de textura
<p>La textura regular requiere habilidad para morder alimentos duros o suaves y masticarlos lo suficiente con el fin de formar un bolo cohesivo listo para ser deglutido; capacidad para masticar cualquier textura sin agotarse fácilmente; y destrezas para remover huesos o cartílagos que puedan.</p>
Métodos de prueba
No aplicable.

No solo basta con adaptar la textura de los alimentos a la capacidad deglutoria de la persona con disfagia, sino que, además, como se muestra en el volumen 2, se debe cuidar la presentación de los platos y garantizar la variedad adecuada de los alimentos que integran el menú; sea cual sea el nivel de textura empleada.

Es importante que tanto el personal sanitario como el personal de atención directa y de cocina sean conocedores de que existen determinados alimentos que no son recomendables para las personas con disfagia, independientemente del grado y tipo de disfagia que tengan diagnosticada y que por tanto deberían evitarse en todas aquellas personas residentes diagnosticadas de disfagia. En la tabla 8 se describen aquellos alimentos considerados de riesgo o peligrosos que se deben evitar en las personas con cualquier sospecha de disfagia o cualquier grado y nivel diagnosticados.

Tabla 8: Alimentos de riesgo o peligrosos para las personas con disfagia^{2,3,4}

ALIMENTOS A EVITAR	EJEMPLOS	
Dobles consistencias	Sopas con pasta, verduras, carne o pescado, leche con cereales, yogures con trozos	
Alimentos pegajosos	Bollería, chocolate, miel, caramelos, caramelos masticables, plátano, pan de molde, puré de patata, leche condensada	
Alimentos resbaladizos que se dispersan en la boca	Sepia, calamar, berberechos, almejas, guisantes	
Alimentos que desprenden líquido al morderse	Melón, sandía, naranja, pera de agua, mandarina	
Alimentos que pueden fundirse de sólido a líquido (que licúan a Tª ambiente)	Helados, gelatinas	
Alimentos de textura fibrosa	Piña, lechuga, apio, espárragos, jamón, carnes magras, pescados azules	
Alimentos que contienen elementos extraños	Pielés, grumos, huesecillos, tendones y cartílagos, espinas, pepitas, semillas (uva, fresas, tomates)	
Alimentos crujientes y secos que se desmenuzan en la boca	Tostadas, galletas, patatas tipo chip, pan seco, queso seco, hojaldre	
Alimentos duros y secos	Pan seco, frutos secos, carnes a la brasa	
Alimentos que no forman bolo cohesivo	Arroz suelto, legumbre entera, guisantes	

3-VALORACIÓN NUTRICIONAL EN LAS PERSONAS RESIDENTES CON DISFAGIA OROFARÍNGEA

Tal y como se ha explicado en los capítulos anteriores, una de las complicaciones de la disfagia orofaríngea es la desnutrición. La disfagia pone en una situación de riesgo de desnutrición a la persona residente, por eso es muy importante realizar una valoración nutricional completa a estas personas en los centros sociosanitarios.

Es de suma importancia realizar de forma sistemática en los centros sociosanitarios una valoración nutricional⁵ y una valoración de la disfagia, para realizar una intervención precoz.

Se deben plantear objetivos como mantener el peso, asegurar que se cubran los requerimientos proteico-energéticos y evitar las neumonías por aspiración. Para ello, la nutrición debe ser eficaz y segura. Como primer paso para prevenir la malnutrición, se debe realizar un cribado nutricional en las personas diagnosticadas con disfagia, siguiendo el protocolo de valoración nutricional para centros sociosanitarios⁵. En la figura 2 se muestra el algoritmo de cribado nutricional a realizar en las personas mayores institucionalizadas y en la figura 3 se muestra el cribado nutricional a realizar en personas institucionalizadas adultas⁵.

Figura 2: Algoritmo de cribado nutricional en el paciente mayor institucionalizado⁵

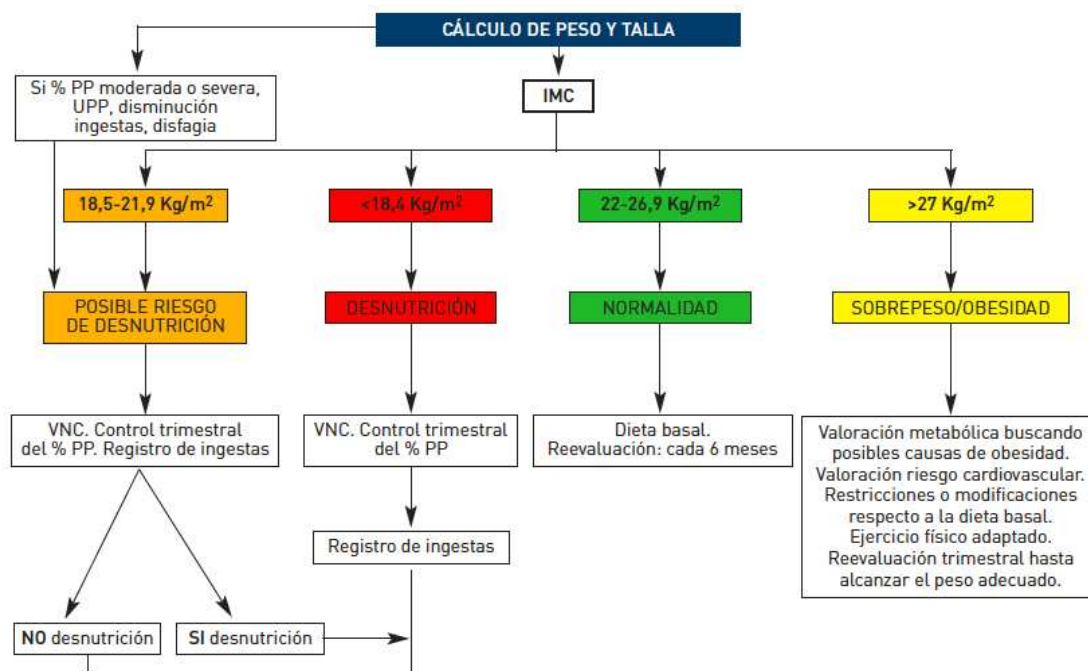
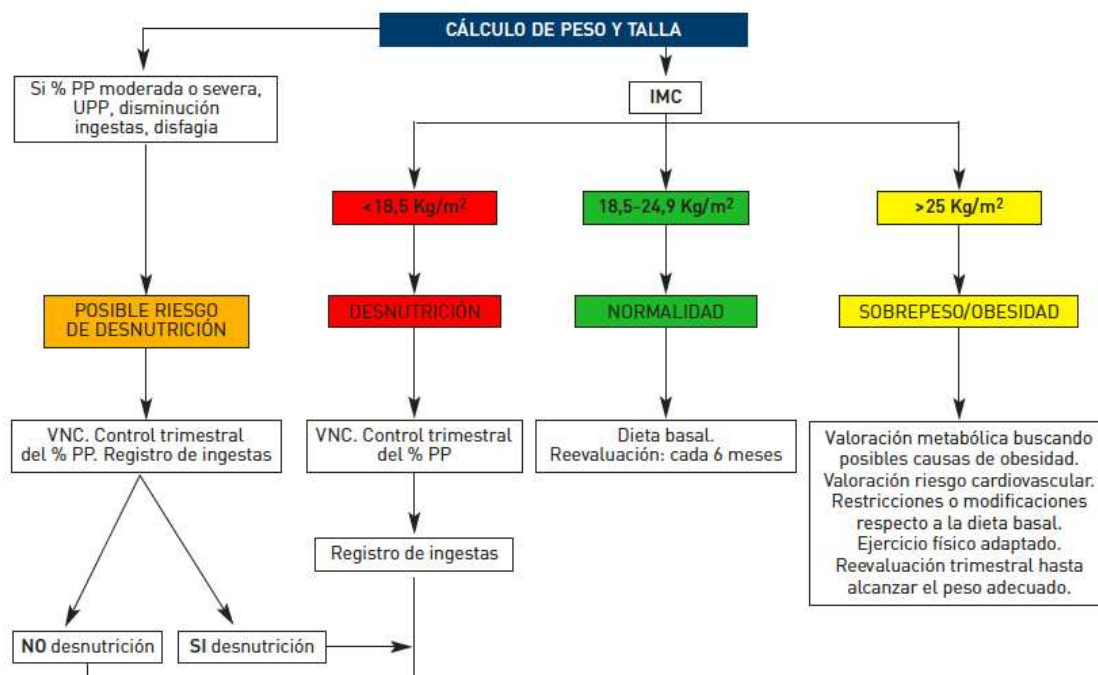


Figura 3: Algoritmo de cribado nutricional en las personas adultas institucionalizadas⁵



Como se observa en ambas figuras, uno de los factores de riesgo considerados para valorar nutricionalmente a las personas residentes es la presencia de disfagia. Todas aquellas personas consideradas de riesgo deberán ser valoradas nutricionalmente tal y como se especifica en dicho protocolo. Una parte importante de esta valoración es

la estimación de la ingesta de la persona residente con disfagia, la adecuada masticación y la correcta deglución. De esta manera se puede adecuar al máximo la textura de la dieta⁶.

Para valorar la ingesta se debe recurrir a los registros de ingestas, con el fin de obtener información cualitativa y cuantitativa sobre la ingesta alimentaria de manera individualizada. En el Protocolo de Valoración Nutricional⁵ se recogen los tres tipos de registros de los que se dispone según la dieta sea dieta normal o dieta triturada (plato único o dos platos de triturado) (figuras 4, 5 y 6).



Figura 4: Registro de ingestas de la dieta normal⁵

REGISTRO DE INGESTAS DIETA NORMAL

Apellidos y Nombre: _____ Tipo de dieta que sigue actualmente: Basal/Normal Con modificación de textura (líquida, blanda) Especial (patologías) _____
Indicar dentro de los recuadros la cantidad consumida: Entero: E; Mitad: M; Nada: N.
N.º de vasos de agua y marcar con una X la ingesta de suplemento
Sumar posteriormente el total (%) de la ingesta, n.º de vasos de agua y suplementos consumidos a lo largo del día

Comidas/días	Alimentos consumidos	Porcentajes: Recoger los datos al menos durante 5 días de la misma semana (consecutivos o no)						
		DÍA 1: Fecha:	DÍA 2: Fecha:	DÍA 3: Fecha:	DÍA 4: Fecha:	DÍA 5: Fecha:	DÍA 6: Fecha:	DÍA 7: Fecha:
Desayuno (20%)	Lácteo	10	10	10	10	10	10	10
	Tostadas/bollería/galletas	5	5	5	5	5	5	5
	Fruta/zumo/otros	5	5	5	5	5	5	5
	Agua-suplemento							
Media mañana (5%)	Tostadas/bollería/galletas	5	5	5	5	5	5	5
	Fruta/zumo/otros							
	Agua-suplemento							
Comida (30%)	1.º plato	10	10	10	10	10	10	10
	2.º plato	5	5	5	5	5	5	5
	Postre	5	5	5	5	5	5	5
	Agua-suplemento							
Merienda (10%)	Lácteo	10	10	10	10	10	10	10
	Tostadas/bollería/galletas							
	Fruta/zumo/otros							
Cena (30%)	1.º plato	10	10	10	10	10	10	10
	2.º plato	5	5	5	5	5	5	5
	Postre	5	5	5	5	5	5	5
	Agua-suplemento							
Recena (5%)	Zumo/lácteo	5	5	5	5	5	5	5
	Agua-suplemento							
Total:	Ingesta (%)							
	Agua-Suplementos							

Como el total es del 100%, se estima que debe consumir como mínimo 2/3 que equivalen aproximadamente a 66,66%. Ingesta total diaria: $\geq 2/3$ o $< 2/3$



Figura 5: Registro de ingestas de la dieta triturada 2 platos⁵

REGISTRO DE INGESTAS DIETA TRITURADA CON 2 PLATOS

Nombre y Apellidos: _____
Indicar dentro de los recuadros la cantidad consumida: **Entero: E; Mitad: M; Nada: N.**
N.º de vasos de agua y marcar con una X la ingesta de suplemento
Sumar posteriormente el total (%) de la ingesta, n.º de vasos de bebida a lo largo del día

Comidas/días	Alimentos consumidos	DÍA 1:	DÍA 2:	DÍA 3:	DÍA 4:	DÍA 5:	DÍA 6:	DÍA 7:
		Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:
Desayuno (20%)								
Media mañana (5%)								
Comida (30%)	1.º plato (10%)							
	2.º plato (15%)							
	Postre (5%)							
	Bebida (vasos)							
Merienda (10%)								
Cena (30%)	1.º plato (10%)							
	2.º plato (15%)							
	Postre (5%)							
	Bebida (vasos)							
Recena (5%)								
Total:	Triturado (%)							
	Bebida (vasos)							
Suplemento	Desayuno							
	M. mañana							
	Comida							
	Merienda							
	Cena							
Recena								

Observaciones:



Figura 6: Registro de ingestas de la dieta triturada plato único⁵

REGISTRO DE INGESTAS DIETA TRITURADA PLATO ÚNICO

Nombre y Apellidos: _____

Indicar dentro de los recuadros la cantidad consumida: **Entero: E; Mitad: M; Nada: N.**

N.º de vasos de agua y marcar con una X la ingesta de suplemento

Sumar posteriormente el total (%) de la ingesta, n.º de vasos de bebida a lo largo del día

Comidas/días	Alimentos consumidos	Porcentajes: Recoger los datos al menos durante 5 días de la misma semana (consecutivos o no)						
		DÍA 1: Fecha:	DÍA 2: Fecha:	DÍA 3: Fecha:	DÍA 4: Fecha:	DÍA 5: Fecha:	DÍA 6: Fecha:	DÍA 7: Fecha:
Desayuno (20%)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Media mañana (5%)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comida (30%)	Plato único (25%) Postre (5%) Bebida (vasos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Merienda (10%)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cena (30%)	Plato único (25%) Postre (5%) Bebida (vasos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recena (5%)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suplemento	Bebida (vasos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Desayuno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	M. mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Merienda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Recena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Observaciones:

La valoración de dichas ingestas, junto con el resto de parámetros contemplados en la valoración nutricional, permitirá conocer si la persona residente está desnutrida o en riesgo de desnutrición y adecuar así, de manera **individualizada** la intervención dietética y nutricional, con el objetivo de mantener un buen estado nutricional.

En las tablas 9 y 10 vienen recogidos los parámetros que orientan sobre el tipo y grado de desnutrición, según los criterios de desnutrición SENPE-SEDOM⁷ y adaptados a la población institucionalizada recogidos en el protocolo de valoración nutricional de centros sociosanitarios.

Tabla 9: Parámetros diagnósticos de desnutrición según consenso SENPE_SEDOM⁷

Parámetros	Desnutrición calórica	Desnutrición proteica	Desnutrición mixta
IMC	++	Normal	+
%Pérdida de peso/tiempo Semana/mes/3 meses/6 meses	++	No	+
Pliegues y otras medidas antropométricas	++	No	+
Albúmina (g/dl)	Normal	++	+
Transferrina (mg/dl)	Normal	++	+
Linfocitos (cel/mm ³)	+	++	+
Colesterol (mg/dl)	++	No	+

++: Disminución significativa. +: Disminución leve

Tabla 10: Parámetros diagnósticos de desnutrición según el grado de severidad, adaptados del consenso SENPE_SEDOM^{5,7}

Parámetros	Valor Normal	Desnutrición leve	Desnutrición moderada	Desnutrición severa
IMC				
Ancianos	22-26,9	17-18,4	16-16,9	<16
Adultos	18,5-25	17-18,4	16-16,9	<16
% Pérdida de peso / tiempo				
1 semana	<1%	1-2%	2%	>2%
1 mes	<2%	2-5%	5%	>5%
3 meses	<7,5%	7,5-10%	10-15%	>15%
6 meses	<10%	10-15%	15-20%	>20%
Pliegues y otras medidas antropométricas	>p10	=p10	<p10	<p5
Albúmina (g/dl)	3,6-4,5	2,8-3,5	2,1-2,7	<2,1
Transferrina (mg/dl)	201-350	151-200	101-150	<100
Colesterol (mg/dl)	>180	140-179	100-139	<100

Recientemente se han publicado los criterios GLIM (Global Leadership Initiative on Malnutrition)⁸ para el diagnóstico de desnutrición, que son un consenso de las diferentes sociedades científicas de nutrición clínica, con el objetivo de disponer establecer unos criterios unificados de diagnóstico de la desnutrición. En primer lugar, esta iniciativa indica que debe realizarse un cribado nutricional para detectar las personas con riesgo de sufrir malnutrición y para la valoración de la misma se

establecen varios criterios, agrupados en criterios fenotípicos y criterios etiológicos, y se considera que existe malnutrición cuando al menos se cumple un criterio fenotípico y un criterio etiológico. En la tabla 11 quedan recogidos los criterios que se deben revisar para definir si hay desnutrición y su grado.

Tabla 11: Criterios GLIM de diagnóstico de desnutrición⁸

	Criterio fenotípico			Criterio etiológico		
	% pérdida de peso		Índice de masa muscular (IMC)	Pérdida de masa muscular	Disminución de la ingesta o de la asimilación de nutrientes	Inflamación
Malnutrición moderada	5-10% en menos de 6 meses	10-20% en más de 6 meses	IMC <20 en <70 años IMC <22 en ≥70 años	Reducción de masa muscular leve-moderada	Reducción de la ingesta <50% en 1 semana o más en 2 semanas, problemas de malabsorción o asimilación de los alimentos	Inflamación, enfermedad aguda o enfermedad crónica
Malnutrición severa	>10 % en menos de 6 meses	>20% en más de 6 meses	IMC <18,5 en <70 años IMC <20 en ≥70 años	Reducción de masa muscular severa		

Estos nuevos criterios tienen en cuenta, no solo la pérdida de peso ni el IMC sino también la pérdida de masa muscular, que debe ser un parámetro a valorar en las personas residentes.

4-REFUERZO DE LA ALIMENTACIÓN TRADICIONAL

En determinados casos, puede ser necesario reforzar nutricionalmente la alimentación tradicional, debido a que la persona residente no ingiere la totalidad de sus requerimientos proteico-energéticos. En este caso una posible intervención es utilizar alimentos o recetas de alta densidad calórica y nutricional, de manera que en poco volumen aportan una elevada cantidad de calorías y proteínas. En el capítulo 6 del volumen 2 de este manual se encuentran reflejadas diferentes recetas de cremas de alta densidad nutricional que pueden utilizarse par reforzar la alimentación tradicional.

Otras opciones consisten en adicionar alimentos altamente calóricos a los platos como aceite, miel, frutos secos, etc. También se pueden enriquecer las comidas con salsas, queso rallado o nata.

En el caso de déficit fundamentalmente proteico es posible añadir claras de huevo a la dieta, ya que se trata de proteínas de alto valor biológico. También es posible aumentar los aportes proteicos con leche en polvo.

En el capítulo 6 del volumen 2 se muestran estos alimentos de alta densidad nutricional y la cantidad de energía, proteínas y fibra que se aportan con las raciones recomendadas para enriquecer los platos.

Este tipo de intervenciones puede contribuir a mantener el estado nutricional de la persona usuaria de manera sencilla y natural y con un grado de aceptación y satisfacción elevado.

5-SOPORTE NUTRICIONAL ORAL (SNO)

Cuando con la dieta oral no se consiga cubrir los requerimientos básicos energéticos proteicos o si existe desnutrición o riesgo de desnutrición se debe recurrir a la prescripción de suplementos nutricionales orales⁹. La valoración del estado nutricional debe realizarse siguiendo las recomendaciones publicadas en el Protocolo de Valoración nutricional editado por la Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas comentadas anteriormente⁵.

Si se ha de prescribir soporte nutricional oral, se debe tener en cuenta el grado de disfagia y emplear los suplementos adaptados a cada grado de disfagia. En los casos de tolerar una textura néctar o nivel 2 de la IDDSI (poco espesa), podría utilizarse el soporte nutricional oral líquido habitual, ya que tiene una consistencia mayor que el agua y podría ser segura en la mayoría de ocasiones. En los casos en que no se tolere la textura de nivel 2 deberemos utilizar el soporte nutricional adaptado a las distintas consistencias que actualmente hay comercializados. Por lo que utilizaremos suplementos con textura miel o pudding (nivel 3 y 4 de IDDSI) según las necesidades individuales de las personas con disfagia.

La cantidad de soporte nutricional a añadir dependerá del tipo y grado de desnutrición y de las ingestas de la persona residente tal y como se indica en el Protocolo de Valoración nutricional de centros sociosanitarios⁵.

En tabla 12 se indican las principales características del soporte nutricional oral.

Tabla 12: Características del soporte nutricional oral adaptado a la disfagia

SOPORTE NUTRICIONAL ORAL DE TEXTURA ADAPTADA A PERSONAS RESIDENTES CON PROBLEMAS DE DISFAGIA	
ENERGÉTICOS NORMOPROTEICOS	Indicados en los casos en los que la desnutrición es fundamentalmente calórica y no se necesita un aporte extra de proteínas
ENERGÉTICOS HIPERPROTÉICOS	Indicados en casos de desnutrición mixta (calórica-proteica)
ESPECÍFICO PARA DIABETES	Indicado en caso de personas residentes diabéticas





A continuación, en la tabla 13, se muestra el soporte nutricional oral disponible actualmente en los Servicios de Farmacia para el tratamiento nutricional de las personas residentes con disfagia y sus principales características que nos orientarán en la selección del más apropiado de manera individualizada.

Tabla 13: Composición y posología de los suplementos adaptados a la disfagia

SUPLEMENTOS TEXTURA ADAPTADA A PERSONAS RESIDENTES CON PROBLEMAS DE DISFAGIA										
DESCRIPCIÓN DEL PRODUCTO (formato)	SABORES	COMPOSICIÓN					POSOLÓGIA			OBSERVACIONES
		% P/H/L g/env P/H/L	Fibra (g/env) (%IS/S)	Energía (kcal/g) (Kcal/env)	Osmolaridad (mOsm/L)	Kcal NP/ g nitrogeno	Agua g/100 ml	Suplemento (nº/día)	Dieta* (nº/día)	
ENERGÉTICOS HIPERPROTÉICOS: indicados en casos de desnutrición mixta (calórica -proteica).										
SOPORTE NUTRICIONAL RECOMENDADO PARA DISFAGIA GRADO 3-4 DE IDSSI										
SUPLEMENTO HP/HC FORMATO CREMA (envase 125 g)	Chocolate Caramelo Vainilla	27/53/20 10,3/19,8/3,4	NO	1,2 (150 kcal)		66,7	73	1-3		
SUPLEMENTO HP/HC FORMATO CREMA (envase 125 g)	Capuchino Vainilla	20/45/35 12,5/28/9,8	NO	2 (250 kcal)		100,12	57-58	1-3	6	
SOPORTE NUTRICIONAL RECOMENDADO PARA DISFAGIA GRADO 2-3 DE IDSSI										
SUPLEMENTO HP/HC FORMATO NIVEL 3 (EasyBottle 200 ml)	Vainilla Fresa	27/33/40 20/24/13,4	1,66 (0/100)	1,5 (300 Kcal)	430	69	79	1-3	5	Ofrecer el suplemento con cuchara. Sin gluten y sin lactosa
DIABETES										
SOPORTE NUTRICIONAL RECOMENDADO PARA DISFAGIA GRADO 3-4 DE IDSSI										
SUPLEMENTO HP/HC DIABÉTICO FORMATO CREMA (tarrina 125 g)	Vainilla Café	23,5/37,5/38 12,5/20/9,19	4,5 (0/100)	1,7 (213 kcal)		80,8	65	1-3	8	No contiene lactosa, gluten, purinas ni colesterol
SOPORTE NUTRICIONAL RECOMENDADO PARA DISFAGIA GRADO 2-3 DE IDSSI										
SUPLEMENTO HP/HC DIABÉTICO FORMATO NIVEL 3 (botella 200 ml)	Vainilla Café	25/33,75/38,25 20/27/13,6	4,8	1,6 (320 Kcal)	330		74	1-3	5	Ofrecer el suplemento con cuchara. Bajo contenido en lactosa <0,5g/100ml. Sin gluten.

Si no fuera posible la utilización de un suplemento de textura adaptada o se necesitara un suplemento específico que no dispusiera de esa textura, se procederá a la adaptación de un suplemento líquido con espesante. Esta práctica no es recomendable, ya que si no se realiza de manera correcta es posible que queden grumos y no alcanzarse la textura adecuada, puede ser desagradable de tomar y puede comprometer la seguridad del paciente aumentando el riesgo de aspiración. Es importante recordar que los suplementos no pueden sustituir a una comida, se trata siempre de complementar las comidas. Por eso se recomienda añadir el suplemento en el postre o bien a media mañana o por la tarde (tabla 14).

Tabla 14: horarios recomendados de administración del soporte nutricional oral

HORARIOS RECOMENDADOS					
Desayuno 08:00 h	Media mañana 10:00 h	Comida 13:30 h	Merienda 16:30 h	Cena 19:00 h	Colación 22:30 h
EVITAR		 Como postre	EVITAR	 Como postre	

En determinadas ocasiones puede ser necesario reforzar con módulos de proteínas en polvo que se pueden adicionar a los triturados o a la comida. Este tipo de actuación se realizará en los casos en el que el paciente presente déficit proteico⁵ y no sea necesario aumentar el aporte energético de la dieta.

6-ALIMENTACIÓN ENTERAL POR SONDA

Si la disfagia es grave y el grado de desnutrición es severo o si puede haber complicaciones a nivel de aspiración y, por tanto, no sea posible la alimentación oral, podría ser necesario instaurar una nutrición enteral por sonda.

El uso de la sonda nasogástrica se emplea para un corto periodo de tiempo (2 meses). Cuando el uso de la sonda se prevea por un periodo largo de tiempo se recomienda la gastrostomía endoscópica percutánea (PEG).

En estos casos, se seleccionará la nutrición en función de las características basales del usuario⁵. En el protocolo de Valoración Nutricional puede consultarse cómo proceder a la selección de la dieta enteral más adecuada, así como las instrucciones de manejo y seguimiento del paciente con necesidad de sonda enteral⁵.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

En muchas ocasiones nos vamos a encontrar en nuestros centros, personas residentes con disfagia asociada a una demencia avanzada. El uso de sondas nasogástricas o uso de sondas PEG en estas personas es un tema controvertido, que siempre genera polémica.

En muchos estudios se ha demostrado que el uso de sonda nasogástrica en este perfil de personas residentes no aumenta la supervivencia, ni disminuye las complicaciones de la disfagia, pero sí que disminuye la calidad de vida del mismo^{10,11,12}.

Tampoco se han encontrado estudios favorables sobre la mejora de las úlceras por presión en personas residentes con disfagia tras la colocación de una sonda^{11,12,13}.

A la hora de instaurar la sonda nasogástrica el equipo multidisciplinar junto con la persona residente (si se trata de una persona capaz de decidir) o el familiar deben de valorar el coste/beneficio de la nutrición enteral.

Ante esta situación controvertida y difícil es importante tener en cuenta la decisión de la persona residente y saber si cuenta con voluntades anticipadas o últimas voluntades.

7-ALGORITMO DE INTERVENCIÓN NUTRICIONAL EN DISFAGIA

A continuación, se muestra un algoritmo de intervención nutricional de la persona residente con disfagia, que sirve como orientación para la selección del soporte nutricional más adecuado (figura 7), así como una hoja de seguimiento de la intervención nutricional realizada (tabla 15).

Figura 7: Algoritmo de la intervenció nutricional de la persona resident amb disfàgia

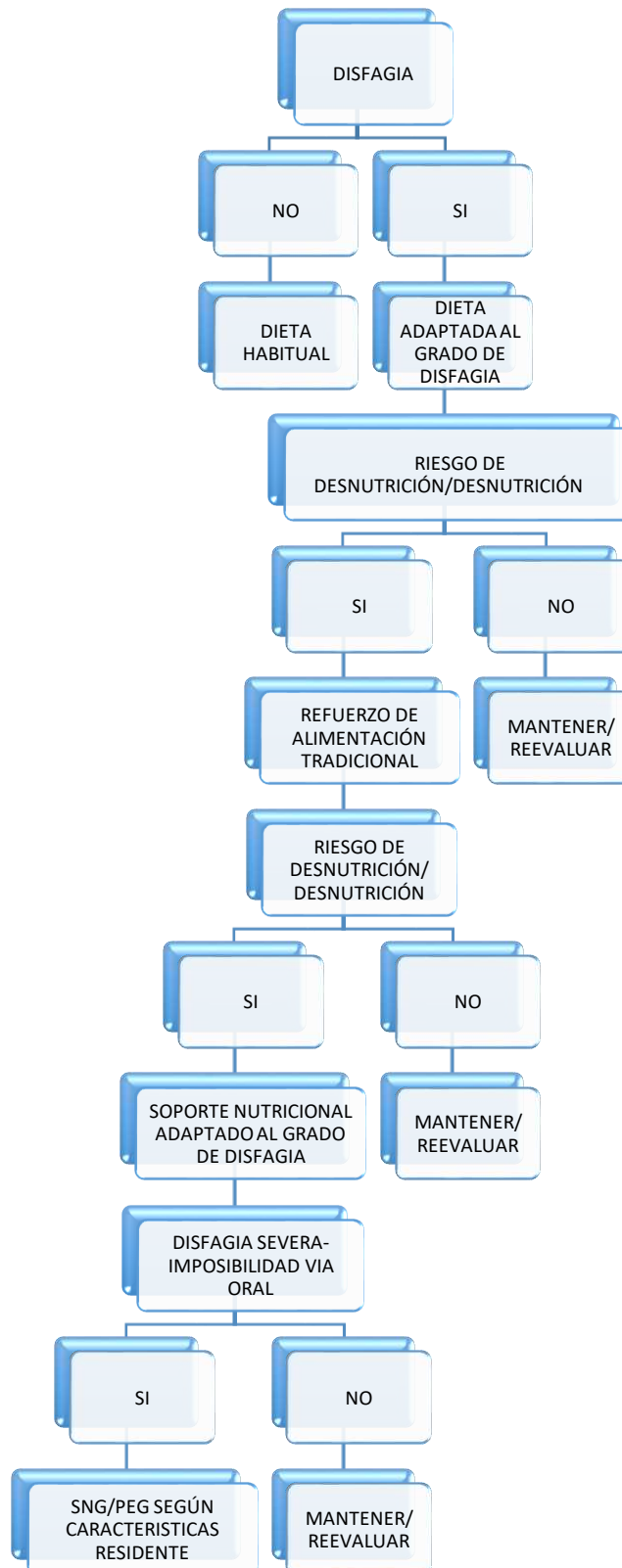


Tabla 15: Intervención nutricional en la persona residente con disfagia

Nombre y apellidos residente: _____ —	
Recomendación dieta de cocina	Dieta normal sin dobles texturas <input type="checkbox"/> Dieta de fácil masticación sin dobles texturas <input type="checkbox"/> Dieta textura modificada/adaptada <input type="checkbox"/> Indicar adaptación: _____
Refuerzo dietético cocina	sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Tipo: <ul style="list-style-type: none"> • cremas hiperprotéicas <input type="checkbox"/> • cremas hipercalóricas <input type="checkbox"/> • refuerzo HP desayuno/merienda <input type="checkbox"/> • refuerzo HP/HC comida/cena <input type="checkbox"/>
Uso espesante	sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Tipo: almidón <input type="checkbox"/> goma xantana <input type="checkbox"/> Modificar textura sólidos <input type="checkbox"/>
Soporte nutricional oral	sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Tipo: HC <input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> mixto <input type="checkbox"/> Textura: nivel 3 <input type="checkbox"/> nivel 4 <input type="checkbox"/> Indicar nombre: _____ Pauta posológica: _____
SNG / PEG	sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Tipo: HC <input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> mixto <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Pauta posológica: _____

8-CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES FINALES

- Se ha de conservar la vía oral, siempre que sea posible, para mantener un buen estado nutricional sin comprometer la seguridad de la persona residente, evitando la desnutrición, la deshidratación y el atragantamiento.
- La adaptación de la alimentación oral debe **individualizarse** en función del tipo y grado de disfagia y es la principal opción en las personas residentes con disfagia orofaríngea.
- Se ha de adaptar la alimentación oral en cuanto a textura y viscosidad para que la deglución sea **segura** y además sea **placentera** para la persona residente y así evitar el riesgo de desnutrición.
- En los casos en que la dieta sea insuficiente, la primera opción es el refuerzo desde cocina y enriquecimiento nutricional de los platos tradicionales.
- Se dispone de soporte nutricional oral adaptado a los grados de disfagia y de nutrición enteral por sonda para las personas residentes con disfagia que con la alimentación oral y con el refuerzo de cocina no consigan un buen estado nutricional.
- La nutrición enteral por sonda nasogástrica/gastrostomía debe valorarse cuidadosamente y no está recomendada en personas con demencia avanzada.



INTERVENCIONES NUTRICIONALES EN LA DISFAGIA



ADAPTAR LA DIETA ORAL

Adaptación de la dieta de manera individualizada según el grado de disfagia.

Modificación progresiva según avance de la enfermedad.

Evitar alimentos de riesgo.



PREVENIR LA DESNUTRICIÓN

Realizar periódicamente la valoración nutricional de las personas residentes con disfagia para evitar la desnutrición.

Establecer plan individualizado de intervención nutricional.

REFORZAR LA ALIMENTACIÓN DESDE LA COCINA

Siempre que sea posible, utilizaremos alimentos calóricos y proteicos para reforzar la alimentación de las personas residentes con disfagia.



UTILIZAR SOPORTE NUTRICIONAL ORAL



Cuando no sea posible mantener el estado nutricional con el refuerzo desde la cocina, utilizaremos suplementación nutricional.

En los casos que no sea posible la utilización de la vía oral, valorar la utilización de sondas de alimentación, siempre valorando los beneficios/riesgos de manera individualizada.

INDIVIDUALIZAR SIEMPRE LA ALIMENTACIÓN SEGÚN EL GRADO DE DISFAGIA

9-BIBLIOGRAFIA

1. International Dysphagia Diet Standardization initiative. Marco y descriptores de la IDDSI completos. Julio 2020 [Consultado el 28 de abril de 2022]. Disponible en: <http://iddsi.org/>
2. Benito M, Ashbaugh RA, Martínez M, Moneva L. Tratamiento nutricional de la disfagia orofaríngea. En: Álvarez J. Manual de disfagia orofaríngea: soluciones multidisciplinares. Toledo. Ed. Aula Médica. 2018; 79-109.
3. Velasco MM, Arreola V, Clavé P, Puiggrós C. Abordaje clínico de la disfagia orofaríngea: diagnóstico y tratamiento. *Nutrición Clínica en Medicina*. 2007; 1(3): 174-202.
4. Povedano M, Virgili N, Romero E, Farran A, Illán Villanueva M, Torrado X, Garrido P. Con Gusto: Guía de alimentación para afectados de ELA y recetas para personas con dificultades en la deglución. Fundación Francisco Luzón. Jun 2017.
5. Bravo P, Martínez P, coordinadoras. Protocolo de Valoración nutricional. Direcció General de Persones amb Discapacitat i Dependència. Servei de Coordinació de Centres Propis. ISBN: 978-84-482-3919-0. Depósito legal: V-4067-2010. Valencia, Noviembre 2010.
6. Vilarasau C y Duran P. Disfagia neurológica en el anciano. *Infogeriatría*. N. 4 - 2012. 7-22.
7. Álvarez J, Irlas JA, Piñeiro G. Documento SENPE-SEDOM sobre la codificación de la desnutrición hospitalaria. *Nutr Hosp*. 2008;23(6):536-40.
8. Cederholm T, Jensen GL, Correia MIT, Gonzalez MC, Fukushima R, Higashiguchi T, et al. ESPEN Endorsed Recommendation GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition. A consensus report from the global clinical nutrition community. *Clin Nutr* 2019; 38: 1-9.
9. Sánchez Marcos AI, Mories Álvarez MT. Disfagia orofaríngea. *Infogeriatría*. N. 3 - 2011, 7-18.
10. De la Rica Escuin ML, Gonzalez Vaca J, Oliver Carbonell JL, Abizanda Soler P. Uso de las sondas de alimentación en el paciente con demencia avanzada. Revisión sistemática. *Rev Clin Med Far* 2013; 6 (1): 37-42.
11. Löser, Chr, Aschl, G, Mathus-Vliegen, EM, Muscaritoli, M, Niv, Y, Rollins, H, et al. Consensus Statement; ESPEN guidelines on Artificial enteral nutrition - percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG). *Clinical Nutrition*. Octubre 2005;24(5): 848-61.
12. Davies N, Barrado-Martín Y, Vickerstaff V, Rait G, Fukui A, Candy B, Smith CH, Manthorpe J, Moore KJ, Sampson EL. Enteral tube feeding for people with severe dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2021, Issue 8. Art. No.: CD013503. DOI: 10.1002/14651858.CD013503.pub2.
13. Volkert D, Chourdakis M, Faxen-Irving G, Frühwald T, Landi F, Suominen MH, et al. ESPEN guidelines on nutrition in dementia. *Clinical Nutrition*. Diciembre 2015;34(6):1052-73.

CAPÍTULO 5: INTERVENCIÓN HÍDRICA EN LA PERSONA RESIDENTE CON DISFAGIA

M Pilar Martínez Antequera

Farmacéutica Especialista en Farmacia Hospitalaria
Servicio de Farmacia
Residencia para Personas Mayores Dependientes
La Cañada (Valencia)

Aurora Javaloyes Tormo

Farmacéutica especialista en Farmacia Hospitalaria
Servicio de Farmacia
Residencia para Personas Mayores Dependientes
La Florida (Alicante)

1. Introducción
2. Adaptación de los líquidos en las personas residentes con disfagia
3. Utilización de espesantes en las personas residentes con disfagia
4. Complicaciones y prevención
5. Algoritmo de adaptación hídrica en la persona residente con disfagia orofaríngea
6. Conclusiones/recomendaciones
7. Bibliografía

1-INTRODUCCIÓN

Asegurar la hidratación adecuada de los las personas residentes con disfagia es fundamental para evitar las complicaciones derivadas.

La deshidratación en las personas residentes con disfagia es una complicación grave y muy frecuente. En ocasiones se produce un aporte hídrico diario insuficiente por el miedo al atragantamiento. Debemos pues vigilar la ingesta de agua de los residentes con disfagia, teniendo en cuenta además que el mecanismo de la sed puede estar disminuido.

A veces, la deshidratación no se produce por una ingesta insuficiente de agua sino por una pérdida excesiva de agua, como puede ser por diarreas, vómitos, fiebre, diabetes, uso de algunos fármacos (laxantes, diuréticos...). Hay otros fármacos como son los fármacos anticolinérgicos o con efectos anticolinérgicos o fármacos antineoplásicos que producen xerostomía (boca seca, falta de salivación) y empeoran notablemente la deglución.





Además, la deshidratación aumenta el riesgo de aspiración porque la xerostomía disminuye el aclaramiento y la limpieza orofaríngea, aumenta la colonización bacteriana y facilita las infecciones orofaríngeas. También, la deshidratación puede contribuir a episodios de confusión mental, vértigo, fatiga, astenia y contribuir a una mayor fragilidad de las personas residentes con disfagia¹.

Uno de los objetivos del manejo de la disfagia es conseguir una hidratación adecuada y con la evaluación continua de la persona residente por parte del equipo multidisciplinar, una optimización del plan terapéutico establecido.

2-ADAPTACIÓN DE LOS LÍQUIDOS EN LAS PERSONAS RESIDENTES CON DISFAGIA

Al igual que se hace con los alimentos sólidos con el cambio de textura para mantener la eficacia y la seguridad de la deglución, se debe hacer con los líquidos. Es necesaria, por tanto, una adaptación de la textura de los líquidos a ingerir para evitar las complicaciones tanto de seguridad (evitar la aspiración y sus complicaciones asociadas) como de eficacia para evitar la deshidratación. Esta adaptación de los líquidos debe realizarse de manera individualizada y según el grado de disfagia. Clásicamente se han establecido cuatro niveles de texturas para los líquidos de manera que se asegure la eficacia y la seguridad de la hidratación^{2, 3, 4}. Estos niveles se exponen en la tabla 1.

Tabla 1: Definición de texturas de los líquidos^{2,3,4}

TEXTURA DE LOS LÍQUIDOS		
TEXTURA	CARACTERÍSTICAS	EJEMPLOS
 <p>LÍQUIDA</p>	<ul style="list-style-type: none"> -No deja capa en el recipiente que lo contiene 	<p>Agua, infusiones, café, caldo de verduras</p>
 <p>NÉCTAR</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Deja una fina capa en el recipiente que lo contiene -Puede beberse sorbiendo en una pajita -Puede beberse en taza -Al decantarse forma un hilo fino 	<p>Néctar de melocotón, zumo de tomate, crema de calabacín, cualquier líquido espesado hasta consistencia néctar</p>
 <p>MIEL</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Deja una capa gruesa en el recipiente que lo contiene - No puede beberse sorbiendo en una pajita -Puede beberse en taza o tomar con cuchara -Al decantarse cae formando gotas espesas 	<p>Fruta triturada, cualquier líquido espesado hasta consistencia miel</p>
 <p>PUDDING</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Adopta la forma del recipiente que lo contiene -No puede beberse en taza -Debe tomarse con cuchara -Al decantarse cae en bloques 	<p>Gelatina, cualquier líquido espesado hasta consistencia pudding</p>

Tras la diversidad de descriptores para el manejo de la disfagia, un grupo de expertos crearon la IDDSI (International Dysphagia Diet Standardisation Initiative) con el objetivo de desarrollar y unificar una nueva terminología para describir los alimentos en textura modificada y las bebidas espesadas⁵.

En cuanto a los líquidos se refiere hay 5 niveles identificados por números (del 0 al 4), así como un código de colores, etiquetas y descriptores aislados. La figura 1 nos muestra las diferentes texturas definidas para los líquidos. Los niveles 3 y 4 lo comparten los líquidos y los sólidos. Las tablas 2 a 6 nos muestran los niveles de textura definidos por la IDDSI y sus principales características.

Figura 1: Texturas definidas por la IDDSI para los líquidos⁵



Tabla 2: Niveles de textura definidos por la IDDSI: nivel 0⁵



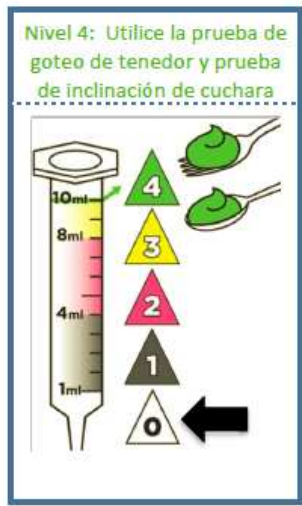
Nivel 0: fina	
Descripción/Características	Fluye rápidamente como el agua Puede beberse con cualquier tipo de vaso, cuchara, pajita
Prueba de flujo IDDSI	El líquido de prueba fluye completamente a través de la boquilla de una jeringa de 10 mL en 10 segundos, <u>sin dejar residuos.</u>
<p>*Antes de iniciar... Debe corroborar que la longitud de su jeringa porque diferentes tamaños ofrecen resultados diferentes. Su jeringa debe parecerse a ésta:</p>  <p>Longitud a 10ml = 61.5 mm</p> 	<p>Nivel 4: Utilice la prueba de goteo de tenedor y prueba de inclinación de cuchara</p> 

Tabla 3: Niveles de textura definidos por la IDDSI: nivel 1⁵

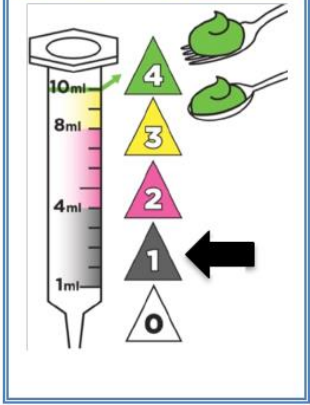
Nivel 1: ligeramente espesa	
Descripción/Características	<p>Es más espesa que el agua. Fluye a través de una pajilla, jeringa o tetina. Requiere un poco más de esfuerzo para beberse que los líquidos finos. Presenta una textura similar a la de la fórmula infantil antirreflujo disponible comercialmente.</p>
Prueba de flujo IDDSI	<p>El líquido de prueba fluye a través de la boquilla de una jeringa de 10 mL, <u>manteniendo 1-4 mL en la jeringa a los 10 segundos</u>, sin dejar residuo.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p style="color: green; font-size: small;">Nivel 4: Utilice la prueba de goteo de tenedor y prueba de inclinación de cuchara</p>  </div>

Tabla 4: Niveles de textura definidos por la IDDSI: nivel 2⁵

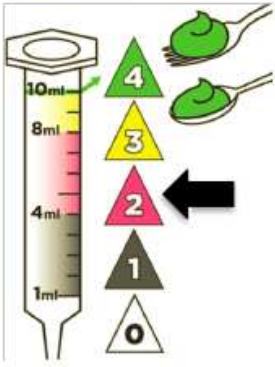
Nivel 2: poco espesa (equivaldría a la textura Néctar)	
Descripción/Características	<p>Se derrama de una cuchara con rapidez, pero de modo más lento que una bebida con textura fina.</p> <p>Es sorbible con pajilla, pero requiere esfuerzo para ser succionada a través de una pajilla con diámetro estándar (diámetro estándar = 0.209 pulgadas o 5.3 mm)</p>
Prueba de flujo IDDSI	<p>El líquido de prueba fluye a través de la boquilla de una jeringa de 10 mL, dejando 4-8 mL en la jeringa después de 10 segundos.</p> <div data-bbox="863 954 1185 1487" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p style="color: green; font-size: small;">Nivel 4: Utilice la prueba de goteo de tenedor y prueba de inclinación de cuchara</p>  <p>The diagram shows a 10 mL syringe with markings at 1, 4, 8, and 10 mL. To the right of the syringe are five triangles labeled 0, 1, 2, 3, and 4, increasing in size and color (0: white, 1: grey, 2: red, 3: yellow, 4: green). A black arrow points to the level 2 triangle. To the right of the triangles is a spoon with a dollop of green substance, and another spoon below it with a smaller dollop.</p> </div>

Tabla 5: Niveles de textura definidos por la IDDSI: nivel 3⁵

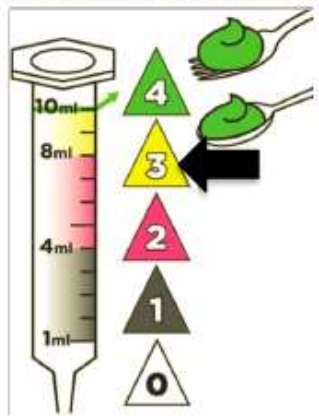
Nivel 3: licuada o moderadamente espesa (equivaldría a la textura miel)	
<p>Descripción/Características</p>	<p>Puede beberse de un vaso o comerse con cuchara, pero no con tenedor, ya que gotea lentamente en porciones a través de las ranuras del cubierto.</p> <p>Requiere cierto esfuerzo para ser succionada a través de una pajilla con un diámetro estándar o más ancho (pajilla con diámetro ancho= 0.275 pulgadas o 6.9 mm).</p> <p>No logra amontonarse, formar capas o ser moldeada sobre un plato.</p> <p>No necesita trituración o masticación - puede deglutirse directamente.</p> <p>Presenta textura homogénea (sin grumos, fibras, parte de la cáscara o piel, partículas de cartílago o hueso).</p>
<p>Prueba de flujo IDDSI</p>	<p>El líquido de prueba fluye a través de una jeringa de 10 mL, <u>dejando más de 8 mL en la jeringa después de 10 segundos.</u></p> <div data-bbox="853 1227 1220 1832" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p style="color: green; font-size: small;">Nivel 4: Utilice la prueba de goteo de tenedor y prueba de inclinación de cuchara</p>  </div>

Tabla 6: Niveles de textura definidos por la IDDSI: nivel 4⁵

Nivel 4: puré, extremadamente espesa (equivaldría a la textura pudding)	
Descripción/Características	<p>Usualmente, se lleva a la boca con cuchara (es posible con tenedor). No puede beberse de un vaso. No es succionable a través de pajilla. No requiere masticación. Puede almacenarse, formar capas y ser moldeada. Mantiene su forma sobre la cuchara. Muestra un movimiento muy lento bajo gravedad, a pesar de ello, no puede verterse. Cuando la cuchara se inclina, cae en una sola cucharada y continúa manteniendo su forma sobre el plato. No tiene grumos. No es pegajosa. El líquido no se separa del sólido.</p>
Prueba de flujo IDDSI	<p><u>No fluye ni gotea a través de la boquilla de una jeringa después de 10 segundos</u></p>

Como se ha comentado anteriormente, es fundamental adaptar la consistencia de los líquidos a la gravedad de la disfagia de la persona residente con el fin de evitar texturas demasiado espesas, si no son necesarias, para evitar el rechazo de las mismas y el consiguiente riesgo de deshidratación de estas personas. En la tabla 7 se resumen los grados de disfagia y las adaptaciones en los líquidos que serían necesarias.

Tabla 7: Grados de disfagia y recomendación de adaptación de líquidos

Grado de disfagia	Afectación de la deglución	Adaptaciones
Leve	Afectación de la eficacia (pérdida del contenido oral, retraso en la deglución, presencia de residuos orales). Afectación de la seguridad en la administración de líquidos con textura 0 o agua (presencia de tos, cambios en la voz).	Requieren ligeras modificaciones en la ingesta de líquidos (viscosidad y/o volumen). Los líquidos se espesarán a textura 2 de la IDDSI (néctar).
Moderada	Afectación de la eficacia y de la seguridad (alteraciones en el reflejo de la deglución, presencia de tos y cambios en la voz). No tolera la textura 2 de la IDDSI (presencia de tos o signos de aspiración con esa textura). Riesgo de aspiración	Se espesarán los líquidos a textura 3-4 y se modificará el volumen si es necesario.
Moderada-severa	Afectación de la eficacia y de la seguridad de manera grave. Tolerancia a textura 4 de la IDDSI. Evidencia de aspiraciones.	Adaptación los líquidos a textura 4 y si es necesario se modificará el volumen a administrar. Precisa intensa supervisión.
Severa	Presenta aspiraciones con todas las texturas y viscosidades.	Restricción de la vía oral, siendo necesaria la vía enteral para la alimentación.

3-UTILIZACIÓN DE ESPESANTES EN LAS PERSONAS RESIDENTES CON DISFAGIA

Para asegurarnos una buena y además segura hidratación de las personas residentes con disfagia contamos con la ayuda de espesantes comercializados. Los espesantes son macromoléculas que nos permiten modificar la viscosidad de los líquidos y hacer más estables algunos alimentos sólidos. Actualmente en el mercado se dispone de dos tipos de espesantes:

1. **de primera gama:** compuestos de almidón (almidón de maíz modificado o maltodextrina de maíz) o compuestos de una mezcla de almidón y goma.
2. **de segunda gama:** compuestos de gomas (goma xantana, goma guar)⁶.

1. Los espesantes de almidón son de almidón de maíz modificado o maltodextrina derivada del maíz. Son de rápida disolución. Se puede rectificar la textura añadiendo más espesante si es necesario. Pero tienen limitaciones en cuanto a sabor y viscosidad, porque el líquido resultante tiene un sabor a almidón y un aspecto turbio y granuloso y la viscosidad aumenta con el tiempo. El bolo puede disolverse al estar en contacto con la amilasa de la saliva y perder su viscosidad con el consiguiente riesgo de aspiración en personas con apraxia de la deglución.

2. Los espesantes de goma xantana son una nueva generación de espesantes que a diferencia de los espesantes a base de almidón son más estables en el tiempo. Se necesita menor cantidad para conseguir la textura deseada. No confieren sabor al líquido y son incoloros. El bolo no se disuelve con la amilasa salival, mantienen la textura todo el tiempo, pero tienen como inconveniente que no se puede rectificar.

Se dispone también de espesantes saborizados (naranja, limón, frutos rojos) que dan al agua un sabor más agradable y de esta manera aseguran la ingesta y por tanto la hidratación de las personas residentes.

Las siguientes infografías se han elaborado con el objetivo de facilitar la preparación de líquidos espesados de manera más habitual. En ellas se muestran el tipo de espesante empleado, el volumen ensayado, las medidas recomendadas de los diferentes espesantes para conseguir las consistencias adecuadas (niveles 2, 3 y 4 de la IDDSI). También se indica, en código de colores, la temperatura a la que se han hecho las pruebas: azul (frío) naranja (temperatura ambiente) y rojo (caliente). Así mismo se muestra el "tiempo de disolución", que es el tiempo que tarda en disolverse el espesante en el líquido en cuestión, bajo agitación. Y el "tiempo de espera" que es el tiempo que tarda en alcanzarse la textura esperada.


También se han incluido recomendaciones especiales en ciertos tipos de líquidos, por ejemplo, en los líquidos carbonatados, ya que se recomienda agitar para eliminar el gas, antes de añadir el espesante.

Para espesar la leche, es recomendable utilizar cereales hidrolizados comerciales o bien cualquier producto de bollería (siempre después pasarlo por el texturizador para obtener una consistencia adecuada, sin grumos). Con los nuevos espesantes formulados con goma xantana es posible espesar la leche, teniendo en cuenta que con estos espesantes se tarda más en espesar y conseguir la consistencia deseada. Se recomienda utilizar los espesantes neutros para los zumos, infusiones y caldos. Los espesantes saborizados son útiles para espesar el agua.

A continuación, se muestran las infografías con la combinación de los espesantes con: agua, zumo, caldo, manzanilla, leche, café, café con leche, refresco, cerveza y vino.

ESPESANTE A BASE DE GOMAS


ESPESANTE A BASE DE GOMAS (CLARO) SABORIZADO


AGUA OSMOTIZADA
 200ml

		TIEMPO DISOLUCIÓN	TIEMPO ESPERA
NÉCTAR	POCO ESPESA	32''	2' 11''
	2	19''	48''
MIEL	MODERADAMENTE ESPESA	55''	11'
	3	32''	2' 45''
PUDDING	EXTREMADAMENTE ESPESA	1'	13''
	4	41''	4' 20''

Puede también disolverse a temperatura ambiente y después enfriar en nevera ya que la textura se mantiene en el tiempo.

ESPESANTE A BASE DE GOMAS (CLARO)


AGUA OSMOTIZADA
 200ml

		TIEMPO DISOLUCIÓN	TIEMPO ESPERA
NÉCTAR	POCO ESPESA	1'	1'
	2		
MIEL	MODERADAMENTE ESPESA	1' 20''	3'
	3		
PUDDING	EXTREMADAMENTE ESPESA	1' 30''	3'
	4		

ESPESANTE A BASE DE GOMAS (CLARO)

ZUMO DE MANZANA

200ml

	TIEMPO DISOLUCIÓN	TIEMPO ESPERA
NÉCTAR POCO ESPESA 2	38''	2'
MIEL MODERADAMENTE ESPESA 3	50''	3'05''
PUDDING EXTREMADAMENTE ESPESA 4	56''	4'04''

ESPESANTE A BASE DE GOMAS (CLARO)

LIMONADA

200ml

	TIEMPO DISOLUCIÓN	TIEMPO ESPERA
NÉCTAR POCO ESPESA 2	38'' +1/2	2'54''
MIEL MODERADAMENTE ESPESA 3	42''	2'24''
PUDDING EXTREMADAMENTE ESPESA 4	1'11'' +3/4	2'37''



ESPESANTE A BASE DE GOMAS (CLARO)



LECHE SEMI

200ML

	TIEMPO DISOLUCIÓN	TIEMPO ESPERA
NÉCTAR		
POCO ESPESA	53''	2' 50''
2	18''	2' 58''

	TIEMPO DISOLUCIÓN	TIEMPO ESPERA
MIEL		
MODERADAMENTE ESPESA	51''	4' 50''
3	44''	3' 50''

	TIEMPO DISOLUCIÓN	TIEMPO ESPERA
PUDDING		
EXTREMADAMENTE ESPESA	1' 43''	5' 35''
4	55''	3' 25''

ESPESANTE A BASE DE GOMAS (CLARO)



CAFÉ / CEREAL SOLUBLE CON LECHE


200 ML

	TIEMPO DISOLUCIÓN	TIEMPO ESPERA
NÉCTAR		
POCO ESPESA	45''	5'
2		

	TIEMPO DISOLUCIÓN	TIEMPO ESPERA
MIEL		
MODERADAMENTE ESPESA	1'	5'
3		

	TIEMPO DISOLUCIÓN	TIEMPO ESPERA
PUDDING		
EXTREMADAMENTE ESPESA	1'	5'
4		

ESPESANTE A BASE DE GOMAS (CLARO)




CAFÉ SOLUBLE

200ML

		TIEMPO DISOLUCIÓN	TIEMPO ESPERA
NÉCTAR			
POCO ESPESA		30''	3'
2			
MIEL			
MODERADAMENTE ESPESA		1'	5'
3			
PUDDING			
EXTREMADAMENTE ESPESA		1'	5'
4			

ESPESANTE A BASE DE GOMAS (CLARO)




MANZANILLA

200 ML

		TIEMPO DISOLUCIÓN	TIEMPO ESPERA
NÉCTAR			
POCO ESPESA		15''	1'
2			
MIEL			
MODERADAMENTE ESPESA		30''	1' 20''
3			
PUDDING			
EXTREMADAMENTE ESPESA		1'	2'
4			



ESPESANTE A BASE DE GOMAS (CLARO)



CALDO DE AVE

200ML

				TIEMPO DISOLUCIÓN		TIEMPO ESPERA	
NÉCTAR	POCO ESPESA				6''		1'35''
	2						
MIEL	MODERADAMENTE ESPESA				15''		2'10''
	3						
PUDDING	EXTREMADAMENTE ESPESA				42''		3'06''
	4						

ESPESANTE A BASE DE GOMAS (CLARO)



REFRESCO

200 ml



AGITAR PARA ELIMINAR EL GAS ANTES DE AÑADIR EL ESPESANTE

				TIEMPO DISOLUCIÓN		TIEMPO ESPERA	
NÉCTAR	POCO ESPESA				1'30''		1'
	2						
MIEL	MODERADAMENTE ESPESA				2'		2'
	3						
PUDDING	EXTREMADAMENTE ESPESA				5'		3'
	4						



ESPESANTE A BASE DE GOMAS (CLARO)




CERVEZA

200ml

AGITAR PARA ELIMINAR EL GAS ANTES DE AÑADIR EL ESPESANTE

	TIEMPO DISOLUCIÓN	TIEMPO ESPERA
NÉCTAR		
POCO ESPESA	57''	3' 50''
2		
MIEL		
MODERADAMENTE ESPESA	1' 11''	4' 20''
3		
PUDDING		
EXTREMADAMENTE ESPESA	1' 23''	6' 20''
4		

ESPESANTE A BASE DE GOMAS (CLARO)



VINO

100ml

	TIEMPO DISOLUCIÓN	TIEMPO ESPERA
NÉCTAR		
POCO ESPESA	5''	5' 12''
2		
MIEL		
MODERADAMENTE ESPESA	8''	6' 32''
3		
PUDDING		
EXTREMADAMENTE ESPESA	12''	10' 14''
4		

ESPESANTE A BASE DE ALMIDON MODIFICADO

ESPESANTE A BASE DE ALMIDÓN MODIFICADO



AGUA OSMOTIZADA
 200ml

Tras la disolución el producto sigue espesando con el tiempo.


NÉCTAR	TIEMPO DISOLUCIÓN	TIEMPO ESPERA
POCO ESPESA 2	   30''	---
MIEL	TIEMPO DISOLUCIÓN	TIEMPO ESPERA
MODERADAMENTE ESPESA 3	  +1/2  45''	---
PUDDING	TIEMPO DISOLUCIÓN	TIEMPO ESPERA
EXTREMADAMENTE ESPESA 4	   1'	---

ESPESANTE A BASE DE ALMIDÓN MODIFICADO SABORIZADO













AGUA OSMOTIZADA
 200ml

NÉCTAR	TIEMPO DISOLUCIÓN	TIEMPO ESPERA
POCO ESPESA 2	   40''	3'
MIEL	TIEMPO DISOLUCIÓN	TIEMPO ESPERA
MODERADAMENTE ESPESA 3	  +1/2  1'	3'
PUDDING	TIEMPO DISOLUCIÓN	TIEMPO ESPERA
EXTREMADAMENTE ESPESA 4	   1' 20''	4'


ESPESANTE A BASE DE ALMIDÓN MODIFICADO



CAFÉ SOLUBLE
200ML









		 TIEMPO DISOLUCIÓN	 TIEMPO ESPERA
NÉCTAR	POCO ESPESA	   30''	3'
	2		
MIEL	MODERADAMENTE ESPESA	   45''	3'
	3		
PUDDING	EXTREMADAMENTE ESPESA	   1'	5'
	4		

ESPESANTE A BASE DE ALMIDÓN MODIFICADO



MANZANILLA
200 ML

Tras la disolución el producto sigue espesando con el tiempo.

		 TIEMPO DISOLUCIÓN	 TIEMPO ESPERA
NÉCTAR	POCO ESPESA	  +1/2 30''	20''
	2		
MIEL	MODERADAMENTE ESPESA	  +1/2 50''	1'
	3		
PUDDING	EXTREMADAMENTE ESPESA	  +1/2 1' 20''	2'
	4		

4-COMPLICACIONES Y PREVENCIÓN

En primer lugar, hemos de conseguir un balance hídrico adecuado. Se debe conseguir un balance hídrico positivo, las pérdidas deben compensarse con la ingesta de agua. En la tabla 8 queda reflejado el balance hídrico en una persona en condiciones normales⁷.

Tabla 8: balance hídrico en condiciones normales⁴

ENTRADAS		SALIDAS	
Agua	1500 ml	Orina	1400 ml
Alimentos	650 ml	Piel y sudor	450 ml
Agua metabólica	150 ml	Pulmones	350 ml
		Heces	100 ml
TOTAL	2300 ml	TOTAL	2300 ml

En condiciones normales hemos de aportar 1 ml de agua por Kilocaloría consumida al día y en caso de fiebre, sudoración excesiva o ciertas enfermedades, la cantidad de agua que se debe aportar es de 1,5 ml por kilocaloría consumida y por día.

Cálculo de las necesidades hídricas

- 1 ml/Kcal/día
- 30 ml/Kg/día
- o al menos 1500 ml al día

Es por tanto muy importante prevenir la deshidratación y para ello tenemos que seguir con las siguientes premisas:

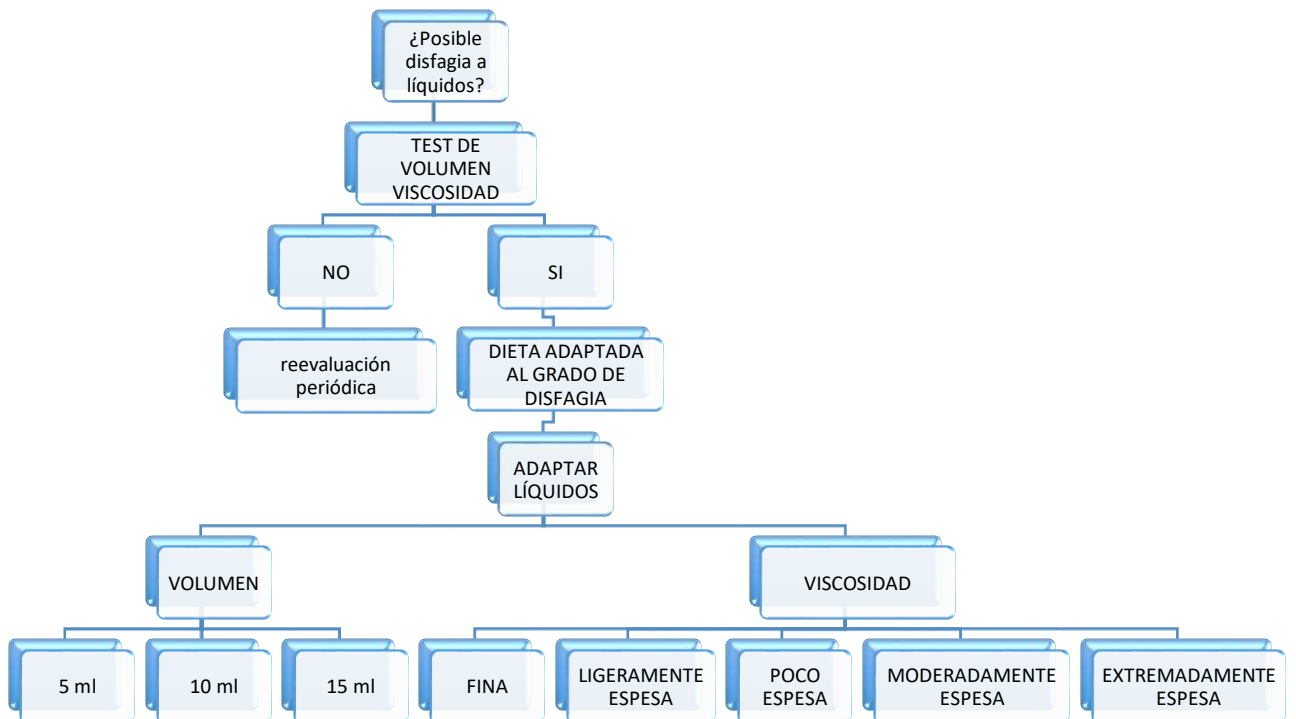
- 1) aporte de líquidos diarios
- 2) repartir la cantidad a lo largo del día
- 3) consumir alimentos ricos en agua: frutas, verduras
- 4) administrar los líquidos a la temperatura adecuada
- 5) en el caso de disfagia a líquidos utilizar espesantes. Se dispone en el mercado de espesantes neutros y espesantes saborizados.

Tener en cuenta siempre la textura requerida para cada grado de disfagia (nivel 1-4 de IDDSS).

5-ALGORITMO DE ADAPTACIÓN HÍDRICA EN LA PERSONA RESIDENTE CON DISFAGIA OROFARÍNGEA

En la figura 2 se presenta un algoritmo para la adaptación hídrica de las personas con disfagia

Figura 2: Algoritmo de adaptación hídrica en personas con disfagia orofaríngea



A continuación, en la tabla 9 se muestra un formulario de recogida de datos de los requerimientos hídricos de las personas residentes con disfagia.

Tabla 9: Valoración de los requerimientos hídricos de la persona residente

Nombre y apellidos	
DISFAGIA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Tipo de disfagia	Sólidos <input type="checkbox"/> Líquidos <input type="checkbox"/> Mixta <input type="checkbox"/>
Grado de disfagia	Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Severa <input type="checkbox"/>
Consistencia adecuada líquidos	Nivel 0: fina <input type="checkbox"/> Nivel 1: ligeramente espesa <input type="checkbox"/> Nivel 2: poco espesa <input type="checkbox"/> Nivel 3: moderadamente espesa <input type="checkbox"/> Nivel 4: extremadamente espesa <input type="checkbox"/>
Volumen máximo a administrar	5 ml <input type="checkbox"/> 10 ml <input type="checkbox"/> 15 ml <input type="checkbox"/>
Requerimientos hídricos diarios ml/día

6-CONCLUSIONES/RECOMENDACIONES

- Mantener y mejorar el estado de hidratación de las personas residentes con disfagia es fundamental.
- Comprobar que se cumplen los requerimientos hídricos diarios para conseguir una buena hidratación.
- Utilizar el volumen y la viscosidad de los líquidos más segura y más eficaz para la hidratación de las personas residentes con disfagia.
- Utilizar los espesantes comerciales para conseguir la viscosidad adecuada según el grado de disfagia.
- Tener siempre en cuenta a la hora de espesar los líquidos las siguientes consideraciones: el tipo de consistencia que se quiere conseguir, la viscosidad del líquido a espesar, la cantidad del líquido que se va a espesar, el tipo de espesante empleado (marca, neutro/saborizado), la temperatura del líquido a espesar y el tiempo que transcurre desde la preparación a la ingesta.
- Educar a los profesionales sanitarios y/o cuidadores en la adaptación de los líquidos a la consistencia adecuada según la gravedad de la disfagia



INTERVENCIÓN HIDRICA EN LA PERSONA RESIDENTE CON DISFAGIA



ADAPTAR LA CONSISTENCIA DE LOS LÍQUIDOS

Adaptación de la textura de los líquidos de manera individualizada según el grado de disfagia.

Modificación progresiva según avance de la enfermedad.



USO DE ESPESANTES



- ALMIDON
- GOMA XANTANA: resistente a la amilasa. NO se licúa en la boca
- Utilizar espesantes saborizados para mejorar la aceptación

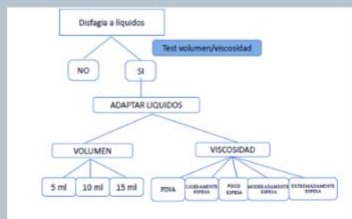
COMPLICACIONES Y PREVENCIÓN

- ASPIRACIÓN Y NEUMONÍA: utilizar la consistencia adecuada para cada persona.

- DESHIDRATACIÓN: aporte líquidos diario adecuado.



CRITERIOS DE SELECCIÓN TEXTURA LÍQUIDOS



- Seleccionar el volumen máximo a administrar según tolerancia.

- Seleccionar textura más adecuada en función Test- Volumen Viscosidad.

ASEGURAR LA HIDRATACIÓN ES FUNDAMENTAL EN LAS PERSONAS RESIDENTES CON DISFAGIA

7-BIBLIOGRAFIA

1. Álvarez J, Rodríguez M, Atienza E y Valverde MD. La disfagia orofaríngea en el siglo XXI, un síntoma ignorado. En: Álvarez J. Manual de disfagia orofaríngea: soluciones multidisciplinarias. Toledo. Ed. Aula Médica. 2018; 1-23.
2. Velasco M, Arreola V, Clave P y Puiggrós C. Abordaje clínico de la disfagia orofaríngea: diagnóstico y tratamiento. Nutrición Clínica en Medicina. Nov 2007. Vol I – Num. 3 pp 174-202.
3. Clavé P, Arreola V, Ferrero I, Rofes L. Tratamiento dietético de la disfagia orofaríngea mediante cambios de textura y viscosidad del bolo alimenticio. En: Clavé P, García Peris P. Guía de diagnóstico y de tratamiento nutricional y rehabilitador de la disfagia orofaríngea. 3ª Edición. Ed. Glosa, Barcelona. 2015. Pág 113-123.
- 4- Benito M, Ashbaugh RA, Martínez M, Moneva L. Tratamiento nutricional de la disfagia orofaríngea. En: Álvarez J. Manual de disfagia orofaríngea: soluciones multidisciplinarias. Toledo. Ed. Aula Médica. 2018; 79-109.
- 5- International Dysphagia Diet Standardization initiative. Marco y descriptores de la IDDSI completos. Julio 2020 [Consultado el 28 de abril de 2022]. Disponible en: <http://iddsi.org/>
- 6- Vilardell, N., Rofes, L., Arreola, V. *et al.* A Comparative Study Between Modified Starch and Xanthan Gum Thickeners in Post-Stroke Oropharyngeal Dysphagia. *Dysphagia* 31, 169–179 (2016). <https://doi.org/10.1007/s00455-015-9672-8>

CAPÍTULO 6: INTERVENCIÓN REHABILITADORA EN LA PERSONA RESIDENTE CON DISFAGIA

Irene Almela Váquer

Fisioterapeuta

Residencia y Centro de Día para
Personas Mayores Dependientes de Burriana

Gemma García Escobar

Fisioterapeuta

Residencia y Centro de Día para
Personas Mayores Dependientes de Burriana

1. Introducción
2. Valoración de la persona residente con disfagia
3. Tratamiento rehabilitador de la persona residente con disfagia
4. Educación de la persona residente y del personal de atención directa
5. Algoritmo de tratamiento rehabilitador en la persona residente con disfagia
6. Conclusiones/recomendaciones finales
7. Bibliografía
8. Anexo I

1-INTRODUCCIÓN

La Fisioterapia Orofacial y de Reeducción de la deglución como especialidad en Fisioterapia ha ido evolucionando en los últimos años en España. Se puede definir como el conjunto de métodos, actuaciones y técnicas que, a través de la aplicación de agentes físicos, se encargan de prevenir, curar, recuperar y rehabilitar aquellos procesos clínicos del aparato bucofonador que sean causa de dolor orofacial, trastornos de la masticación y/o de la deglución, de la respiración y de la fonación (1).

En este capítulo se abordará el papel de la fisioterapia en uno de los procesos clínicos que afectan a la función del aparato bucofonador: la disfagia. La disfagia puede deberse a disfunciones orofaríngeas o esofágicas, según un punto de vista anatómico y a causas estructurales o funcionales desde un punto de vista fisiopatológico. A su vez, se pueden originar dos tipos de complicaciones (2): las derivadas del insuficiente aporte de nutrientes y de agua debido a una deglución ineficaz, y las derivadas del riesgo de que los alimentos y las secreciones digestivas y faríngeas alcancen las vías respiratorias y los pulmones (3).

En el presente capítulo, se desarrollan las herramientas para la evaluación y el tratamiento fisioterápico en la persona residente con disfagia, las cuales nos permitirán hacer frente a futuras complicaciones nutricionales y respiratorias, potenciando mejoras en su calidad de vida y por tanto, favoreciendo su autonomía (2).

2-VALORACIÓN DE LA PERSONA RESIDENTE CON DISFAGIA

2-1. ANAMNESIS

Supone una primera aproximación al problema, tratando de delimitar de qué tipo de disfagia se trata. Los aspectos principales a destacar son la presencia de cambios alimentarios en los últimos meses, de alteraciones en la voz durante o después de las comidas y de episodios de sofocación o ahogo al comer (disnea).

Se realiza una batería de preguntas sobre cómo transcurren las comidas para orientarnos sobre los déficits funcionales en la misma. De particular importancia es establecer en qué momento de la comida se atraganta la persona usuaria (antes, durante o después de la deglución), puesto que la causa será diferente. Si la persona residente se atraganta antes, suele ser porque el alimento se le escapa antes de que el reflejo deglutorio se haya disparado, o bien porque este está retrasado. Si lo hace durante, fallan los mecanismos de protección de la vía aérea durante la fase faríngea, mientras que, si lo hace después, puede ser por el acúmulo de alimentos y la presencia de restos alimentarios en los reservorios anatómicos ^(1,4).

2.2. EXPLORACIÓN CLÍNICA Y FUNCIONAL ⁽¹⁾

- Valoración de control postural de cabeza y cuello.
- Valoración de morfología facial: Incluye la valoración del tipo facial de la persona residente (dolicocefálico, braquiocefálico o mesocefálico), su perfil (ortognata, retrognata), el contorno de la cara y la simetría facial. Con respecto a la cavidad oral se valora el paladar, las encías, las piezas dentarias y la oclusión. Se observan los labios, la lengua y el velo del paladar, prestando especial atención a la presencia de asimetrías.
- Valoración del tono y de la fuerza muscular: Se realiza en toda la musculatura del aparato bucofonador: facial, lingual, musculatura faríngea, musculatura de la masticación, musculatura suprahióidea o de la base de la lengua y la laringe.
- Valoración de la sensibilidad: Al tacto, al gusto, a la temperatura y al dolor tanto en la zona lingual como en la mucosa bucal (5).
- Valoración de reflejos: Si están presentes, hiperactivos, ausentes o si aparecen reflejos arcaicos. En el adulto existen reflejos que se consideran normales que son el deglutorio, el nauseoso/faríngeo (puede verse alterado

por afectación del IX, X, XII par craneal) y el de la tos; mientras que se considera que los reflejos arcaicos son el de mordida (normal hasta los 7-11 meses de vida), el de succión (normal hasta los 6 meses de vida) y el de mascado (normal desde los 6-11 meses de vida hasta los 24 meses).

- Valoración de la función ventilatoria: Se realizará un estudio del patrón ventilatorio (respiración nasal o bucal), de los tiempos de apnea y soplo, del ritmo ventilatorio, de la expansión torácica, de la saturación de oxígeno. Así como un examen exhaustivo de la tos (es un mecanismo de protección de la vía aérea y en caso de lesión del nervio vago la tos refleja se inhibe o se retrasa).
- Valoración de las funciones orofaciales, de la fonación, de la fonoarticulación y del habla: Las principales funciones orofaciales son la mímica, la risa, la succión, la masticación y la deglución. Se puede incluir en este apartado la presencia o no de malos hábitos orales y la valoración de la función fonatoria y la fonoarticulación del habla. A nivel fonatorio valoraremos el tiempo de emisión vocal, la existencia o no de nasalidad y la presencia de problemas en cuanto a los puntos articulatorios de los diferentes fonemas. Con respecto a la fonoarticulación y el habla, valoraremos el ritmo del habla de la persona, su tiempo de habla, la coordinación neumofónica y la inteligibilidad final.

2.3. ESCALAS DE VALORACIÓN FUNCIONAL ⁽⁴⁾

A continuación, se muestran las diferentes escalas de valoración que pueden utilizarse y que pueden consultarse en el Anexo I:

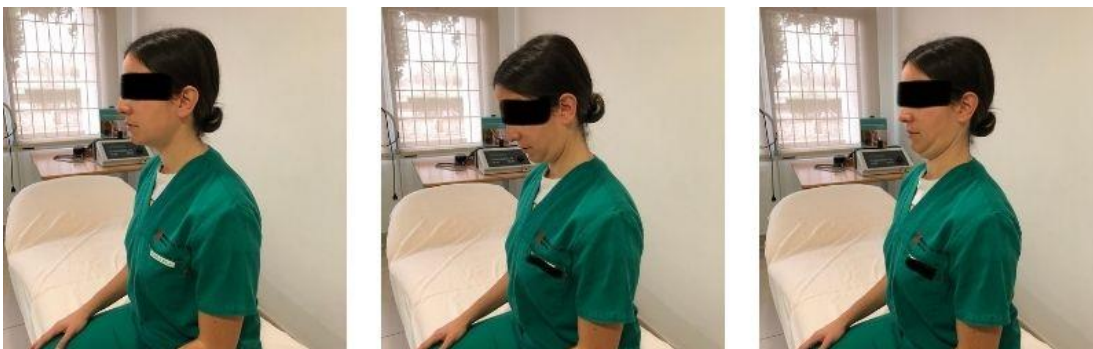
- 3.1- Functional Oral Intake Scale (FOIS).
- 3.2- Dysphagia Outcome Severity Scale (DOSS).
- 3.3- MD Anderson Dysphagia Inventory (MDADI).
- 3.4- Swallowing Quality of Life Questionnaire (SWAL-QOL) y SWAL-CARE.
- 3.5- Dysphagia Handicap Index (DHI).
- 3.6- Deglutition Handicap Index.
- 3.7- Escala de Hoehr y Yahr.
- 3.8- Food Intake LEVEL Scale (FILS).

3-TRATAMIENTO REHABILITADOR DE LA PERSONA RESIDENTE CON DISFAGIA

Dentro del tratamiento rehabilitador nos podemos encontrar con diferentes técnicas que se proceden a explicar a continuación:

3.1- TÉCNICAS COMPENSADORAS

- Modificaciones en el volumen, textura y viscosidad del bolo: Estas modificaciones se desarrollan en otro capítulo del manual.
- Técnicas posturales ⁽⁴⁾
 - **Flexión cervical**: Se indica al paciente que baje la barbilla o flexione la cabeza (**CHIN DOWN**) o toque la garganta con la mandíbula para «sacar papada» (**CHIN TUCK**). Está indicado en personas residentes con retraso de la activación del reflejo deglutorio y con defecto de cierre de la vía aérea. Esta postura es la más indicada para alimentar a las personas residentes con disfagia.



- **Rotación**: Se le indica la persona residente que, cuando vaya a tragar, gire o rote la cabeza dirigiendo la barbilla hacia el lado lesionado. Con esto se consigue el cierre del lado lesionado (el lado de la faringe hacia el que se rota o dirige la barbilla) dirigiendo el bolo hacia el lado sano.



- ***Inclinación lateral:*** Se indica la persona residente que haga una inclinación lateral de la cabeza, dirigiendo la oreja hacia el lado más fuerte o sano. La gravedad desvía el bolo hacia la región de la cavidad oral y la región faríngea más fuerte o sana.



- Estimulación sensorial de la cavidad oral (4,6)

Las estimulaciones sensitivas y sensoriales aumentan las aferencias exteroceptivas y propioceptivas faciales y bucales, permitiendo así mejorar la coordinación de la motricidad de los músculos masticadores, de los labios y de la lengua, indispensable para un primer tiempo bucal voluntario.



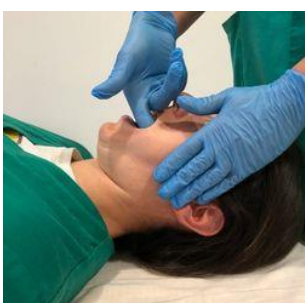

La estimulación de la pared posterior de la faringe y de la base de la lengua son los puntos de partida para el estímulo del reflejo deglutorio. El desarrollo de la sensibilidad se hará a través de estímulos manuales, vibratorios, térmicos (preferentemente por frío) y con estimulación de los receptores gustativos (zumos de limón o de naranja), muy importantes de cara a mejorar la motivación de la persona residente. El reflejo deglutorio se estimulará aplicando frío sobre los pilares anteriores del velo del paladar.

3.2- TÉCNICAS PASIVAS

La primera fase de la deglución es la Fase Oral y en ella se da la masticación. Son cuatro músculos principales los que conforman el grupo de la masticación: el masetero, temporal, pterigoideo medial y pterigoideo lateral.

Realizaremos el tratamiento de dichos músculos mediante la técnica de terapia manual de inducción miofascial.



Tabla 1: Técnicas pasivas	
TÉCNICA	DESCRIPCIÓN GRÁFICA
INDUCCIÓN PROFUNDA DE LA FASCIA DE LA REGIÓN TEMPORAL	
INDUCCIÓN INTRABUCAL DEL MASETERO	
INDUCCIÓN PROFUNDA DEL PTERIGOIDEO INTERNO Y EXTERNO	
INDUCCIÓN MIOFASCIAL DEL MÚSCULO ESTERNOCLEIDOMASTOIDEO	

<p>ELONGACIÓN POSTERIOR DE LA FASCIA CERVICAL EN DECÚBITO SUPINO</p>	
<p>ELONGACIÓN OBLICUA DE LA FASCIA CERVICAL</p>	

3.3- TÉCNICAS ACTIVAS

La cinesiterapia activa es un conjunto de técnicas que al ser aplicables tiene como fin realizar el movimiento corporal, dentro de la fisioterapia activa existe un factor muy importante y es que el paciente es quien realiza el movimiento de forma voluntaria pero siempre dirigido por el fisioterapeuta⁽⁷⁾.

- **MANIOBRAS DEGLUTORIAS** ⁽⁴⁾: Las maniobras deglutorias son un conjunto de estrategias que se aplican para aumentar la seguridad y la eficacia del proceso deglutorio.

Tabla 2: Maniobras deglutorias			
	ACCIÓN	EXPLICACIÓN	DIFICULTAD
MANIOBRA SUPRAGLÓTICA	Introduzca el alimento en la boca, coja aire, aguante la respiración mientras traga y tosa inmediatamente después.	La apnea antes y durante la deglución cierra las cuerdas vocales, protege la vía aérea antes, durante y tras la deglución.	Difícil de ejecutar, se comete el error de inhalar antes de toser. No utilizar en personas residentes tras ictus o enfermedad coronaria.
MANIOBRA SUPERSUPRA-GLÓTICA	Se dan las mismas indicaciones que para la supraglótica, pero realizando un esfuerzo mayor al aguantar la respiración y tragar.	La apnea forzada cierra la vía aérea añadiendo las falsas cuerdas vocales, con basculación de los aritenoides hacia la base de la epiglotis.	Difícil de ejecutar, se comete el error de inhalar antes de toser. No utilizar en personas residentes tras ICTUS o enfermedad coronaria.
MANIOBRA DE MENDELSON	Trague normalmente y cuando sienta la nuez ascender, sujétela contrayendo los músculos de la garganta hasta la cuenta de tres y luego déjela descender.	Prolonga de forma voluntaria la elevación de la laringe y la apertura del EES. Ayuda a disminuir el residuo faríngeo y la protección de la vía aérea post-deglución.	Puede causar fatiga.
DEGLUCIÓN FORZADA	Al tragar apriete fuertemente con todos los músculos de la garganta y lengua.	Aumenta la retracción de la base de la lengua y la presión faríngea aclarando el bolo de la vallécula.	Es la más sencilla pero puede causar fatiga. Utilizar con precaución si existe defecto de cierre de las cuerdas vocales.
MANIOBRA DE MASAKO	Saque la lengua, sujétela entre los dientes o los labios y trague.	Aumenta el movimiento de la pared posterior de la faringe contra la base de la lengua.	Utilizar sólo con degluciones secas por riesgo de aspiración del bolo.

- **FORTALECIMIENTO DE LA MUSCULATURA** ⁽⁶⁾: Se trata de aumentar la ganancia de fuerza mediante ejercicios isométricos y concéntricos.

<p>MUSCULATURA LINGUAL INTRÍNSECA Y EXTRÍNSECA</p>	
<p>MUSCULATURA DE LOS LABIOS</p>	
<p>MUSCULATURA MANDIBULAR</p>	

- **EJERCICIO DE SHAKER**


Potencia la musculatura suprahióidea (geniohióideo, músculos digástricos) y tirohióidea, dando lugar a la apertura del EES, con aumento de la excursión anterior de la laringe y una disminución de la aspiración post deglución. (4)

Son efectivos para restaurar la alimentación vía oral en personas residentes con trastornos deglutorios debido a las disfunciones del EES.

- **FISIOTERAPIA RESPIRATORIA**





- **Expansiones torácicas y ventilación dirigida:** Evitar combinar con la técnica de labios fruncidos, ya que evita el cierre de la vía aérea.

Tabla 3: Expansiones torácicas y ventilación

TÉCNICA	DESCRIPCIÓN GRÁFICA
EXPANSIONES TORÁCICAS	
RESPIRACIÓN COSTAL BAJA	
RESPIRACIÓN ABDOMINAL	

- **Potenciación de la musculatura inspiratoria:** centrándonos en el *diafragma* ⁽⁷⁾.
- **Potenciación de la musculatura espiratoria:** incidiendo en la *musculatura supra e infraioidea* responsable de la elevación del complejo hiolaríngeo ⁽⁶⁾.
- **Incentivadores volumétricos:** mediante estos dispositivos se trata de aumentar el volumen pulmonar y trabajar la fuerza de la musculatura inspiratoria y espiratoria ⁽⁶⁾.

• **EJERCICIO TERAPEUTICO.**

Tabla 4: Ejercicio terapéutico	
TÉCNICA	DESCRIPCIÓN GRÁFICA
ESTIRAMIENTO CERVICAL CON INCLINACIÓN LATERAL	
ESTIRAMIENTO CERVICAL EN FLEXIÓN CON ROTACIÓN	
ROTACIÓN DE HOMBROS	
ESTIRAMIENTO MUSCULATURA ANTERIOR	

4-EDUCACIÓN DE LA PERSONA RESIDENTE Y PERSONAL DE ATENCIÓN DIRECTA ⁽⁸⁻¹³⁾

El personal de atención directa tiene un papel muy relevante, sobre todo en las personas ancianas o con deterioro cognitivo. Es importante que asuma un papel activo en los siguientes puntos clave: supervisar a la persona de riesgo, verificar el cumplimiento de las indicaciones terapéuticas, formarse en técnicas de alimentación asistida, vigilar los cambios en la sintomatología y los patrones de la alimentación y supervisar algunos tratamientos activos ⁽⁴⁾.

Para minimizar los riesgos, el ambiente del comedor debe ser relajado, con el personal de atención directa sentado a la misma altura que la persona usuaria; utilizando un lenguaje verbal y corporal adecuado para iniciar con paciencia la alimentación, dejando el tiempo suficiente para la deglución. Administrar pequeñas cantidades cada vez y asegurarse de que no se acumulen alimentos en la boca. Procurar que no hable mientras coma, usando palabras y gestos para animarle a recordar la forma de masticar y tragar, asegurándose que la boca está vacía antes de administrar el nuevo alimento.

Tabla 5: Normas básicas posturales	
PRE-INGESTA	Sedestación, 30 min antes de la ingesta, en posición cómoda. Cabeza ligeramente flexionada y barbilla hacia abajo. Los hombros rectos, con 90º de flexión de cadera y rodillas, de forma que la pelvis se encuentre en posición estable y en caso de que la musculatura lumbopélvica no sea estable, colocaremos el soporte adecuado sobre el asiento. Los pies planos en el suelo o en un soporte de manera que el tronco y la cabeza se encuentren en la línea media.
POST-INGESTA	Sedestación de 30º unos 30 - 60 min.

Tabla 6: Normas básicas posturales según características del residente	
ENCAMAMIENTO	Se colocará en posición de Fowler, con cabeza y cuello apoyado ligeramente flexionado.
DEMENCIA	Si existe inestabilidad postural cefálica, se debe impedir hiperextensión del cuello con un soporte adecuado para la cabeza.
HEMIPLEJIA	Inclinar la cabeza hacia el lado sano; introduciendo el alimento en la boca según el tipo de déficit. Por ejemplo, introducir el alimento por el lado derecho si la debilidad facial es izquierda.
SONDA	Mantener el respaldo de la cama elevado 30º durante la alimentación continua.

5-ALGORITMO DE TRATAMIENTO REHABILITADOR EN LA PERSONA RESIDENTE CON DISFAGIA

Figura 1: Algoritmo de tratamiento rehabilitador de la disfagia orofaríngea

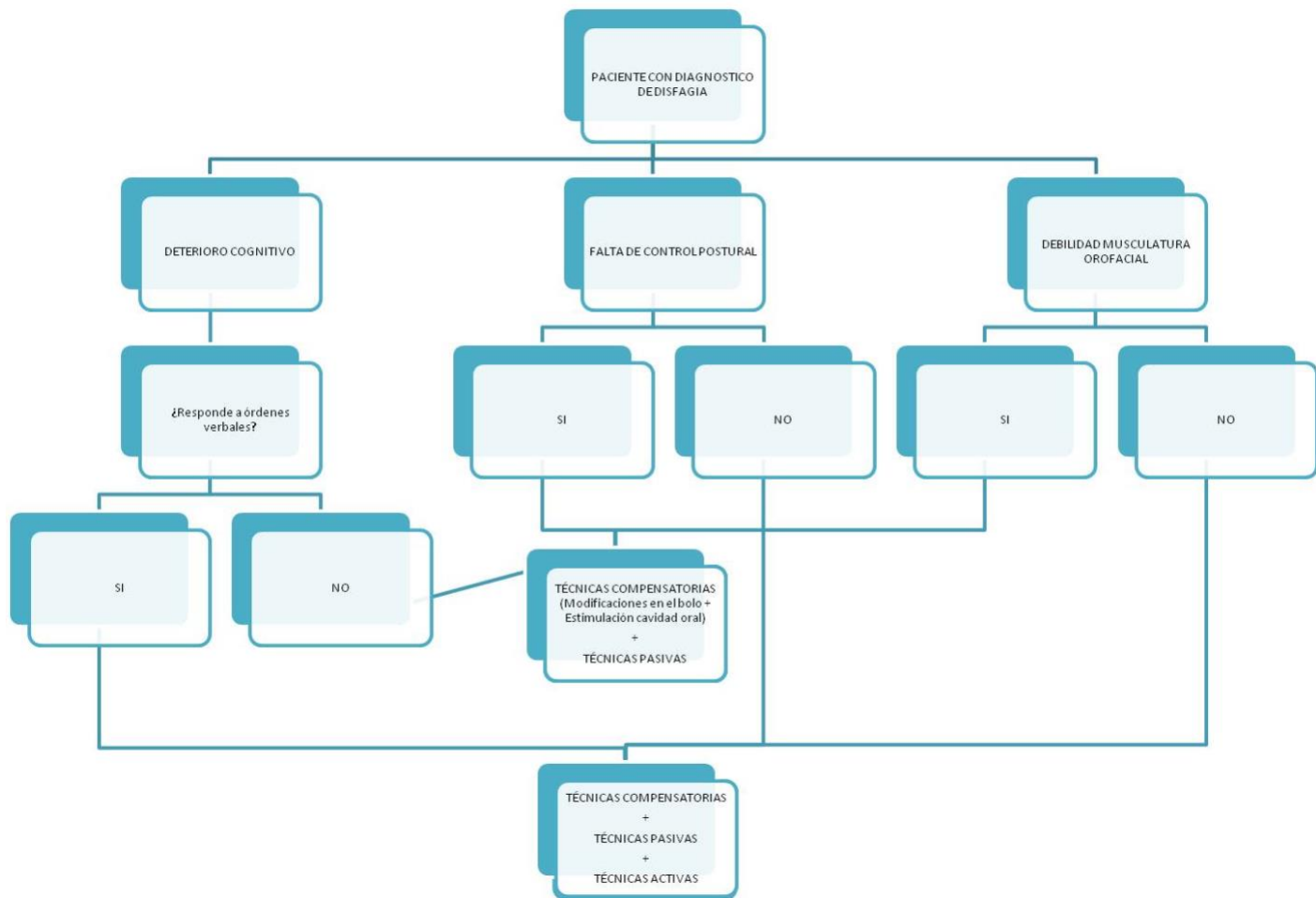


Figura 2: Hoja fisioterápica para el residente con diagnóstico de disfagia.

REGISTRO DE TRATAMIENTO REHABILITADOR

Nombre y apellidos: _____	Fecha nacimiento: __/__/____
Realizada por: _____	Fecha valoración: __/__/____
DIAGNÓSTICO. Diagnósticos activos relacionados con la disfagia orofaríngea: _____	
Antecedentes clínicos relacionados:	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Infecciones respiratorias recurrentes <input type="checkbox"/> ■ Neumonías por aspiración <input type="checkbox"/> ■ Otros _____ 	
VALORACIÓN.	
<u>Puntuación</u>	
◆ Funcional Oral Intake Scale (FOIS)	<input type="checkbox"/>
◆ Dysphagia Outcome Severity Scale (DOSS)	<input type="checkbox"/>
◆ MD Anderson Dysphagia Inventory (MDADI)	<input type="checkbox"/>
◆ Swallowing Quality of Life Questionnaire (SWAL-QOL) y SWAL-CARE	<input type="checkbox"/>
◆ Dysphagia Handicap Index (DHI)	<input type="checkbox"/>
◆ Deglutition Handicap Index	<input type="checkbox"/>
◆ Escala de Hoehr y Yahr	<input type="checkbox"/>
◆ Food Intake LEVEL Scale (FILS)	<input type="checkbox"/>
TRATAMIENTO.	
● Técnicas Compensatorias:	
● Modificaciones en el volumen, textura y viscosidad del bolo	<input type="checkbox"/>
● Técnicas posturales	<input type="checkbox"/>
● Estimulación sensorial de la cavidad oral	<input type="checkbox"/>
● Técnicas pasivas:	
● Inducción fascial temporal	<input type="checkbox"/>
● Inducción mesetero	<input type="checkbox"/>
● Elongación fascia cervical	<input type="checkbox"/>
● Inducción pterigoideo interno y externo	<input type="checkbox"/>
● Inducción esternocleidomastoideo	<input type="checkbox"/>
● Técnicas activas:	
● Maniobras deglutorias	<input type="checkbox"/>
● Ejercicio de Shaker	<input type="checkbox"/>
● Fortalecimiento musculatura	<input type="checkbox"/>
● Fisioterapia respiratoria	<input type="checkbox"/>
EVOLUCIÓN.	

6-CONCLUSIONES/ RECOMENDACIONES FINALES:^(11,14-16)

- Es muy importante y necesario conseguir un control postural correcto tanto de la persona usuaria, como del profesional que interviene con él.
- Las estrategias rehabilitadoras pueden contribuir a mejorar la movilidad, sensibilidad y funcionalidad de las mejillas, boca, labios, lengua y musculatura de la cara y cuello.
- Se ha de fomentar el aprendizaje de distintas estrategias relacionadas con el acto de la alimentación, que favorezcan el desarrollo de una masticación, deglución y succión más adecuada.
- Se ha de proporcionar, sobre todo en enfermedades neurológicas, una experiencia sensoriomotriz más normalizada del movimiento y así poder integrar conductas motrices menos patológicas.
- Se han de generalizar los aprendizajes llevados a cabo con la aplicación diaria de las técnicas de tratamiento.



INTERVENCIONES FISIOTERAPEUTICAS EN LA DISFAGIA

FISIOTERAPIA OROFACIAL Y DE REEDUCACIÓN DE LA DEGLUCIÓN

Conjunto de métodos, actuaciones y técnicas que, a través de la aplicación de agentes físicos, se encargan de prevenir, curar, recuperar y rehabilitar aquellos procesos clínicos del aparato bucofonador que sean causa de dolor orofacial, trastornos de la masticación y/o de la deglución, de la respiración y de la fonación.



TÉCNICAS COMPENSATORIAS

Estimulación sensorial de la cavidad oral



Modificaciones en el volumen, textura y viscosidad del bolo

Técnicas pasivas

TÉCNICAS PASIVAS

Inducción fascia temporal



Inducción pterigoideo interno y externo

Inducción masetero

Inducción esternocleidomastoideo

Elongación fascia cervical

TÉCNICAS ACTIVAS

Maniobras deglutorias



Ejercicio de Shaker

Fortalecimiento musculatura

Fisioterapia respiratoria

7-BIBLIOGRAFÍA

1. Souto S, González L. Fisioterapia orofacial y de reeducación de la deglución. Hacia una nueva especialidad. *Fisioterapia*. enero de 2003;25(5):248-92.
2. M^a José López Lara. Tratamiento fisioterápico de la disfagia en geriatría. [Internet]. Disponible en: <https://www.efisioterapia.net/articulos/tratamiento-fisioterapico-la-disfagia-geriatria>
3. Marik PE, Kaplan D. Aspiration Pneumonia and Dysphagia in the Elderly. *Chest*. julio de 2003;124(1):328-36.
4. Júlia Alvarez Hernandez et al. Disfagia Orofaringea. Soluciones Multidisciplinares.
5. Bath PM, Lee HS, Everton LF. Swallowing therapy for dysphagia in acute and subacute stroke. Cochrane Stroke Group, editor. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 30 de octubre de 2018 [citado 2 de junio de 2021]; Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD000323.pub3>
6. López-Liria R, Parra-Egeda J, Vega-Ramírez FA, Aguilar-Parra JM, Trigueros-Ramos R, Morales-Gázquez MJ, et al. Treatment of Dysphagia in Parkinson's Disease: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 9 de junio de 2020;17(11):4104.
7. Casale M, Sabatino L, Moffa A, Capuano F, Luccarelli V, Vitali M, et al. Breathing training on lower esophageal sphincter. :6.
8. Palmer J, Metheny N. Preventing aspiration in older adults with dysphagia. *Am J Nurs*. 2008;(108):40-8.
9. Clavé P, Arreola V, Velasco M, Quer M, Castellví J, Almirall J. Diagnostico y tratamiento de la disfagia orofaringea funcional. Aspectos de interes para el cirujano digestivo. *Cir Esp*. 2007;(82):62-76.
10. White H, Pieper C, Schmader K, Fillenbaum G. Weight change in Alzheimer's disease. *J Am Geriatr Soc*. 1996;(44):265-72.
11. Clavé P, De Kraa M. Diagnóstico y tratamiento de la disfagia orofaríngea en el anciano. *Soc Esp Geriatria Gerontol Soc Esp Nutr Básica Apl Eds Man Práctica Clínica Nutr En Geriatria*. 2003;
12. Garmendia G, Gomez Candela C, Ferrero I. Diagnostico e intervención nutricional en la disfagia orofaríngea: aspectos prácticos. Barcelona: Glosa S.L.; 2007.
13. Laborda L, Gomez Enterría P. Tratamiento nutricional de la disfagia orofaríngea. *Endocrinol Nutr*. 2006;(53):309-14.
14. *Rev Esp Enfermedades Dig*. febrero de 2004;2004(2).
15. Romero S, Serra J. Manejo del paciente con disfagia. *Neurorehabilitación* [Internet]. 17 de agosto de 2004; Disponible en: www.prous.com/digest/

16. Disfagia Neurógena: Evaluación y tratamiento. Fund Inst Guttmann Ed Badalona. 2002;Blocs 14.

8-ANEXO I

ESCALAS DE VALORACIÓN FUNCIONAL

FUNCTIONAL ORAL INTAKE SCALE (FOIS)

Autor / Referencia	Crary MA, Mann GD, Groher ME. Initial psychometric assessment of a functional oral intake scale for dysphagia in stroke patients. <i>Arch Phys Med Rehabil.</i> 2005; 86(8): 1516-20.
Descripción	Desarrollada para documentar el nivel funcional de ingesta oral de comida y líquidos en pacientes con ictus, teniendo en cuenta las modificaciones o compensaciones en la deglución.
Características / Puntuación	Escala ordinal de 7 elementos, divide en niveles: 1-3 alimentación enteral completa a alimentación enteral combinada con alguna ingesta oral modificada; 4-6 alimentación oral total con mas a menos restricciones en las consistencias o con compensaciones; 7 dieta oral completa sin restricciones.
Comentarios	Válida, fiable y sensible al cambio. La puntuación se asocia con la gravedad de la disfagia, pero no con la gravedad de la aspiración. Sencilla de administrar. No requiere instrumentación. No requiere entrenamiento, pero si conocimiento y familiaridad con la disfagia. Administrada por clínicos, por observación directa o por los datos aportados por el paciente o cuidadores. Tiempo de administración 5 minutos.

DYSPHAGIA OUTCOME SEVERTY SCALE (DOSS)

Autor / Referencia	O'Neil KH, Purdy M, Falk J, Gallo L. The Dysphagia Outcome and Severity Scale. <i>Dysphagia.</i> 1999; 14(3): 139-45. Zarkada A, Regan J. Inter-rater Reliability of the Dysphagia Outcome and Severity Scale (DOSS): Effects of Clinical Experience, Audio-Recording and Training. <i>Dysphagia.</i> 2018; 33(3): 329-36
Descripción	Mide el nivel funcional y la gravedad de la disfagia orofaríngea, en un amplio grupo de patologías, basados en los hallazgos de la videofluoroscopia con el objetivo de mejorar la calidad de las recomendaciones sobre la nutrición, dieta o independencia.
Características	Escala de 7 puntos basada en los criterios objetivos observados durante la videofluoroscopia (propulsión oral, residuo faríngeo, penetración-aspiración) y factores importantes para efectuar las recomendaciones: entorno del paciente (cantidad de supervisión que puede disponer de forma realista); nutrición predisfagia; estado cognitivo; autoconciencia de la disfagia; situación médica concomitante
Puntuación	La puntuación oscila entre 1 (mayor gravedad) y 7 (nutrición oral normal en todas las situaciones), ligada a la independencia funcional, el tipo de dieta y el nivel de nutrición. Se agrupa en tres rangos: nutrición oral completa-dieta normal: niveles 7 (completamente normal) y 6 (en límite funcional, pero con alguna compensación voluntaria o aumento del tiempo); nutrición oral completa con dieta o independencia modificadas: niveles 5 (disfagia leve), 4 (disfagia leve-moderada), 3 (disfagia moderada); nutrición no oral: nivel 2 (disfagia o moderada-grave), 1 (disfagia grave-incapaz de tolerar nada por boca de forma segura)
Comentarios	Se necesita estudio instrumental con videofluoroscopia. Es necesario formación específica. Su fiabilidad depende en gran medida de la experiencia del observador en la interpretación de la videofluoroscopia y si la aplican profesionales del lenguaje y deglución. Aplicada por personal de ámbito clínico. Tiempo de administración: 5 minutos por clínicos formados.

MD ANDERSON DYSPHAGIA INVENTORY (MDADI)

Autor / Referencia	Chen AY, Frankowski R, Bishop-Leone J, Hebert T, Leyk S, Lewin J, Goepfert H. The development and validation of a dysphagia-specific quality-of-life questionnaire for patients with head and neck cancer: the M. D. Anderson dysphagia inventory. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2001; 127(7): 870-6.
Descripción	Escala específica del impacto de la disfagia orofaríngea sobre la calidad de vida en pacientes con cáncer de cabeza y cuello.
Características	Compuesta por 20 preguntas agrupadas en 4 subescalas: global (1 pregunta) para valorar el impacto global; funcional (5 preguntas) para el impacto de la disfagia sobre las actividades cotidianas; física (8 preguntas) para la autopercepción del paciente sobre su capacidad para deglutir; emocional (6 preguntas) para respuestas afectivas del paciente con disfagia.
Puntuación	Cada pregunta se valora en una escala de 5 puntos (1-5). La puntuación máxima es de 100 y la mínima de 20. Una puntuación baja indica muy mala funcionalidad y gran repercusión, y alta ninguna o escasa repercusión. Posee instrucciones para el cálculo correcto de la puntuación.
Comentarios	Es una de las escalas de calidad de vida en pacientes con cáncer de cabeza y cuello más utilizadas. Autoadministrada. Tiempo de administración: 10 minutos.

SWALLOWING QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRE (SWAL-QOL) y SWAL-CARE

Autor / Referencia	McHorney CA, Robbins J, Lomax K, Rosenbek JC, Chignell K, Kramer AE, Bricker DE. The SWAL-QOL and SWAL-CARE outcomes tool for oropharyngeal dysphagia in adults: III. Documentation of reliability and validity. Dysphagia. 2002; 17(2): 97- 114. Mchorney CA, Bricker DE, Kramer AE, Rosenbek JC, Robbins J, Chignell KA, Logemann JA, Clarke C. The SWAL-QOL outcomes tool for oropharyngeal dysphagia in adults: I. Conceptual foundation and item development. Dysphagia. 2000; 15(3): 115-21. Mchorney CA, Bricker DE, Robbins J, Kramer AE, Rosenbek JC, Chignell KA. The SWAL-QOL outcomes tool for oropharyngeal dysphagia in adults: II. Item reduction and preliminary scaling. Dysphagia. 2000; 15(3): 122-33.
Descripción	Son dos instrumentos de medida del impacto de la disfagia orofaríngea y de su tratamiento desde la perspectiva del paciente.
Características	<u>SWAL-QOL</u> . Se compone de 44 preguntas que evalúan 11 dominios de calidad de vida: la carga de la enfermedad, el deseo de comer, duración de las comidas, frecuencia de los síntomas, selección de los alimentos, comunicación, miedo a comer, estado mental, vida social (sueño y fatiga). <u>SWAL-CARE</u> . Se compone de 15 preguntas que evalúan la calidad de la atención (información y recomendaciones) y la satisfacción del paciente.
Puntuación	Cada elemento se valora en una escala tipo Likert de 5 puntos, donde 1 indica el peor estado y 5 el más favorable. Las puntuaciones se pueden transformar linealmente para obtener una escala del 0-100.
Comentarios	Se ha desarrollado en pacientes con disfagia orofaríngea de origen mecánico y neurógeno. No se necesitan estudios instrumentales. Es necesario que el paciente sea capaz de comunicarse. El cuestionario puede ser autoadministrado o a través de entrevista. De uso libre bajo petición a los autores. Los dos cuestionarios pueden utilizarse de forma conjunta o separada. Existe una versión española en fase inicial de adaptación ¹ .
Biografía adicional	1. Zaldibar-Barihaga MB, Miranda-Artieda M, Zaldibar-Barinaga A, Pinedo-Otaola S, Erazo-Presser P, Tejada-Ezquerro P. Versión española del Swallowing Quality of Life Questionnaire: fase inicial de adaptación transcultural. Rehabilitacion (Madr). 2013; 47(3): 136-40.

DYSPHAGIA HANDICAP INDEX (DHI)

Autor / Referencia	Silbergleit AK, Schultz L, Jacobson BH, Beardsley T, Johnson AF. The Dysphagia handicap index: development and validation. <i>Dysphagia</i> . 2012; 27(1): 46-52.
Descripción	Mide la repercusión (discapacidad) de la disfagia de diversas etiologías, sobre la calidad de vida a nivel emocional, físico y funcional desde la perspectiva del paciente.
Características	Compuesta por 25 elementos, agrupados en 3 subescalas: física 9 elementos (autopercepción del malestar físico causado por la disfagia); emocional 7 elementos (respuestas afectivas del paciente con disfagia); funcional 9 elementos (impacto de la disfagia en actividades cotidianas).
Puntuación	Cada elemento tiene 3 respuestas posibles: nunca (puntuación 0), a veces (puntuación 2) o siempre (puntuación 4). Al final se solicita al paciente que valore la gravedad global de su disfagia en una escala tipo Likert de 7 puntos, donde se indican los valores límite: 1 normal, 7 problema grave y, en el centro, el 4 problema moderado. Se obtiene una puntuación total (y para cada subescala), entre 0 (máxima afectación) y 100 (sin problemas).
Comentarios	Muy sencilla para la mayor parte de los pacientes y eficiente. Puede utilizarse en la práctica clínica diaria. Autoadministrada.

DEGLUTITION HANDICAP INDEX

Autor / Referencia	Woisard V, Andrieux MP, Puech M. [Validation of a self-assessment Questionnaire for swallowing disorders (Deglutition Handicap Index)]. <i>Rev Laryngol Otol Rhinol (Bord)</i> . 2006; 127(5): 315-25. Woisard V, Lepage B. The "Deglutition Handicap Index" a self-administrated dysphagia-specific quality of life questionnaire: temporal reliability. <i>Rev Laryngol Otol Rhinol (Bord)</i> . 2010; 131(1): 19-22.
Descripción	Escala de calidad de vida en pacientes con disfagia de diversas causas.
Características	Se compone de 30 elementos, con aspectos de la vida diaria agrupados en 3 dominios de 10 elementos cada uno: físico (síntomas relacionados con la deglución), funcional (repercusión respiratoria y nutricional), emocional (repercusión psicosocial).
Puntuación	Cada ítem se puntúa en una escala tipo Likert de 5 puntos. Se obtiene una puntuación por cada dominio y global de 0-120 puntos, donde 0 es sin problemas y 120 la máxima repercusión.
Comentarios	En francés está validada para disfagia orofaríngea de diversas causas. En alemán validada en pacientes con cáncer de cabeza y cuello. Autoadministrada. Tiempo de administración: 30 minutos.

FOOD INTAKE LEVEL SCALE (FILS)

Autor / Referència	Kunieda K, Ohno T, Fujishima I, Hojo K, Morita T. Reliability and validity of a tool to measure the severity of dysphagia: the Food Intake LEVEL Scale. J Pain Symptom Manage. 2013; 46(2): 201-6.
Descripción	Desarrollada en el ámbito de los cuidados paliativos para medir la gravedad de la disfagia examinando el grado en el que los pacientes toman diariamente la comida.
Características / Puntuación	Escala de 10 puntos, observacional, dividida en niveles: niveles 1-3 alimentación no oral; niveles 4-6 relativos a la alimentación oral combinada con nutrición alternativa; niveles 7-9 alimentación oral solo con diferentes niveles de restricción; nivel 10 dieta oral completa sin restricciones.
Comentarios	Se asocia de forma significativa con la satisfacción del paciente. Sencilla de administrar. Administrada por clínicos, por observación directa. Se correlaciona con la escala FOIS.

CAPÍTULO 7: INTERVENCIÓN FARMACOLÓGICA EN LA PERSONA RESIDENTE CON DISFAGIA

7.1. ADAPTACIONES FARMACOLÓGICAS EN LAS PERSONAS RESIDENTES CON DISFAGIA

Minerva M. Espert Roig

Farmacéutica Especialista en Farmacia Hospitalaria
Servicio de Farmacia
Residencia para Personas Mayores Dependientes
La Cañada (Valencia)

Elisa Cavero Rodrigo

Farmacéutica Especialista en Farmacia Hospitalaria
Servicio de Farmacia
Residencia y Centro de día para Personas Mayores Dependientes
El Pinar (Castellón)

1. Introducción
2. Principios generales de administración de medicamentos en las personas residentes con disfagia.
3. Algoritmo de selección de la forma farmacéutica más adecuada para las personas residentes con disfagia.
4. Recomendaciones de administración de medicamentos incluidos en la Guía Farmacoterapéutica Sociosanitaria.
5. Formulario de recomendaciones de adaptación del tratamiento farmacológico
6. Conclusiones y recomendaciones.
7. Bibliografía.

1-INTRODUCCIÓN

La forma de administrar medicación más cómoda, económica y menos invasiva, es la vía oral, por ello es la vía de elección siempre que sea posible emplearla. Pero en algunas circunstancias, puede no ser la más segura, como es el caso de la disfagia¹.

La disfagia dificulta la alimentación, la hidratación y obliga a modificar la forma farmacéutica de algunos medicamentos, lo que puede ocasionar alteraciones de la acción terapéutica de los mismos y/o causar efectos adversos. Asumiendo que en nuestro medio de trabajo es inevitable manipular la medicación que se administra por vía oral, debemos considerar varios aspectos que se ven alterados con la adecuación del medicamento y/o que pueden influir en el correcto aporte del fármaco a la persona residente en términos de seguridad y eficacia, como son^{1,2}:

- La farmacocinética del fármaco
- La eficacia terapéutica del mismo
- El perfil de efectos adversos
- Las interacciones entre fármacos administrados simultáneamente o entre fármaco y alimento

De este modo, para evitar errores de medicación y mejorar la eficacia y seguridad de la manipulación de los fármacos, debemos conocer las distintas formas farmacéuticas que tenemos disponibles y el tipo de manipulación que pueden sufrir y lo más importante, cómo debe realizarse dicha manipulación.

2-PRINCIPIOS GENERALES DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN PACIENTES CON DISFAGIA

En este apartado vamos a exponer cómo asegurar la correcta administración del tratamiento farmacológico a las personas con disfagia minimizando las consecuencias derivadas de su manipulación previa.

Antes de proceder a la manipulación de la medicación de las personas con disfagia, debemos tener en cuenta las siguientes consideraciones^{3,4}:

Cuestionarnos si ese medicamento es esencial, ya que en algunas circunstancias puede que se pueda suspender (sería el caso de medicamentos de baja utilidad terapéutica, por ejemplo).

Considerar el cambio de forma farmacéutica del medicamento prescrito a aquella que no requiera manipulación y sea segura para las personas residentes: formas bucodispersables o sublinguales, parches, supositorios, inhaladores, inyectables.

En caso de que el medicamento no esté disponible en una forma farmacéutica alternativa, intercambiarlo por otro principio activo del mismo grupo terapéutico que sí esté comercializado en una forma farmacéutica que no requiera manipulación.

En caso de no disponer de una forma farmacéutica alternativa, dar preferencia a los medicamentos líquidos, en polvo, granulados o efervescentes.

Ajustar la dosis y/o posología cuando se cambie de forma farmacéutica o se cambie de principio activo.

Adaptar la textura de los sólidos y la viscosidad de los líquidos en los que deben ir mezclados los medicamentos para evitar broncoaspiraciones. Con este fin, previamente deberá haberse determinado de forma individualizada la viscosidad y el volumen del bolo para cada persona residente. Para ello, el método más empleado en nuestro medio es el Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad (MECV-V)^{5,6} tal y como se explica en el capítulo 2 de este manual.

En el caso de disponer solo de formas farmacéuticas sólidas, deberán triturarse, desleírse o disolver su contenido teniendo en cuenta las instrucciones que se detallan a continuación.

2-1. FORMAS LÍQUIDAS

Se trata de **soluciones, suspensiones, jarabes, gotas y ampollas**.

En general serán las de elección, pues en casos de disfagia leve puede no ser necesaria su manipulación, permiten una fácil deglución y un adecuado ajuste de la dosis. Los laboratorios fabricantes ya les adicionan a estas formas farmacéuticas excipientes saborizantes para enmascarar el sabor del fármaco mejorando sus características organolépticas que favorecen la adherencia. Los agentes de suspensión que contienen, aseguran una distribución uniforme del fármaco dentro de cada dosis. Su textura es un factor importante, de modo que las formulaciones más espesas suponen una ventaja para las personas con disfagia.

Cualquier líquido que se administre a una persona con disfagia debe tener una consistencia que sea segura al nivel IDDSI⁷ recomendado tras la evaluación de la deglución.

Los medicamentos formulados como soluciones y suspensiones orales generalmente se encuentran en concentraciones que permiten dosis de alrededor de 5-20 ml. Debe tenerse en cuenta que en función del grado de disfagia será necesario adicionar espesante para conseguir la textura adecuada. Existen dos posibilidades para espesar dosis individuales de medicamentos líquidos:

- Diluir la dosis de medicamentos necesaria en 25-50 ml de líquido y luego espesar siguiendo las instrucciones del fabricante para el agente espesante. El problema en este caso sería que la persona residente necesitaría beber el total de 25-50 ml para recibir la dosis completa, lo que puede comportar dificultades, especialmente si toma varios medicamentos.
- Espesar la dosis directamente. El problema de esta opción es que no sería posible determinar si la dosis se espesó al nivel IDDSI.

Debe vigilarse la compatibilidad de la solución con el espesante. Ante cualquier duda será conveniente ponerse en contacto con el Servicio de Farmacia de referencia.

2-2. FORMAS SÓLIDAS

Se trata de **polvos, cápsulas duras, cápsulas blandas, comprimidos y grageas**. Van a requerir una mayor o menor manipulación según el tipo de forma sólida de que se trate^{8,9}.

En función del tipo de disfagia, la recomendación sobre la manipulación será diferente:

- Disfagia a líquidos: las formas orales sólidas (comprimidos o cápsulas) se pueden administrar con una pequeña cantidad de agua espesada que facilita la deglución.

En los casos en los que no sea posible, se valorará la posibilidad de disgregar en una pequeña cantidad de agua, triturar el comprimido o abrir la cápsula y administrarlo con una pequeña cantidad de comida, preferiblemente blanda: puré, cremas o compota de frutas. Deben evitarse lácteos, yogures y zumos de cítricos porque estimulan la salivación y pueden aumentar el riesgo de aspiración. Cuando sugerimos emplear una "pequeña cantidad de comida" nos referimos a una cucharada, para asegurarnos que la dosis completa se administra en ese volumen de alimento. Nunca remover para mezclar con la totalidad del contenido del plato, pues si la persona residente no se termina la comida, no se le habrá administrado la dosis necesaria del medicamento en cuestión.




- Disfagia a sólidos: la adaptación dependerá de la dificultad que presente la persona residente.



En general, en las personas con disfagia, la opción más comúnmente seleccionada para la administración de los medicamentos orales sólidos es adicionarlos a una pequeña cantidad de comida blanda, pues es mejor aceptada por su óptima palatabilidad. Aquellas formas orales sólidas cuyo tamaño no exceda los 4 mm, podrán ser administradas enteras, sin manipular, de forma segura con comida de textura tipo puré¹⁰. Siempre hay que considerar si el medicamento interacciona o no con los alimentos, pues en muchos casos la interacción está referenciada en ficha técnica y ese tipo de alimento concreto puede evitarse.





En el caso en que la opción seleccionada sea adicionar la forma oral sólida a una cierta cantidad de agua espesada, hay que tener en cuenta que la consistencia alcanzada ha de ser segura para la persona residente, al nivel IDDSI⁷ recomendado tras la evaluación de la deglución. Estudios in vitro han demostrado que los espesantes pueden retrasar la liberación del medicamento¹¹.



Para los medicamentos con un rango terapéutico amplio, es poco probable que la administración mediante un líquido espesado sea clínicamente relevante, pero puede ser un problema para los medicamentos con un rango terapéutico estrecho, particularmente con agentes espesantes a base de goma xantana¹¹. Para determinar si este hecho es relevante para la persona residente, hay que valorar hasta qué punto la biodisponibilidad se ve afectada por los alimentos, si el medicamento tiene un rango terapéutico amplio o estrecho y la consistencia del líquido utilizado. Para medicamentos con un rango terapéutico estrecho, si hay parámetros que pueden medirse (por ejemplo, niveles séricos del fármaco, presión arterial, niveles de azúcar en sangre, etc), la dosis podría ajustarse según corresponda. La administración del medicamento con líquido espesado a partir de entonces causaría poca variación en la biodisponibilidad.

2.2-1-TIPOS DE FORMAS ORALES SÓLIDAS Y PARTICULARIDADES EN SU ADMINISTRACIÓN EN CASO DE DISFAGIA

<p>CÁPSULAS DURAS</p> 	<p>Contienen un principio activo sólido en su interior. Habitualmente se pueden abrir y administrar el contenido disperso en agua o en una pequeña cantidad de alimento salvo prohibición expresa en ficha técnica del producto, por lo que requiere consultar cada caso concreto con el Servicio de Farmacia de referencia.</p> <p>Si el contenido de la cápsula son microgránulos, no triturarlos salvo recomendación expresa del Servicio de Farmacia de referencia. En los casos posibles, como por ejemplo el omeprazol, es preferible buscar principios activos con presentaciones alternativas (en este caso lansoprazol comprimidos bucodispersables). No obstante, se puede abrir la cápsula y dispersar las microesferas en medio ácido (zumo) y administrar de forma inmediata.</p>
<p>CÁPSULAS DE LIBERACIÓN PROLONGADA</p> 	<p>Están formadas por una película superficial disgregable que encierra el principio activo en forma de microgránulos, microesferas o microcápsulas con recubrimiento entérico o de liberación retardada. Triturar los microgránulos supondría alterar la biodisponibilidad, con lo que no deben triturarse por el riesgo que conlleva la liberación inmediata de una dosis elevada del medicamento que estaba diseñado para liberarse a lo largo de 12-24 h⁽¹²⁾. Pueden abrirse y administrar el contenido en una pequeña cantidad de comida blanda, insistiendo al paciente que no debe masticarlo.</p> <p>También se puede vaciar la cápsula y tragar los microgránulos con agua gelificada¹³. En casos en que no estemos seguros de que la persona usuaria va a tragar el contenido sin masticar, consultar con el Servicio de Farmacia de referencia, pues es probable que se tenga que cambiar de especialidad. En la mayoría de los casos será conveniente sustituir la especialidad prescrita.</p>
<p>CÁPSULAS BLANDAS</p> 	<p>En la mayoría de los casos no deben manipularse. El contenido de la cápsula blanda puede ser irritante para las mucosas o bien el principio activo puede verse alterado por las condiciones ambientales de luz, humedad y aire.</p> <p>En algunos casos se puede extraer el contenido perforando la cápsula con la aguja de una jeringa. Se debe extraer el máximo contenido posible, pero la pérdida de producto es alta. Consultar con el Servicio de Farmacia de referencia para cada fármaco concreto.</p>

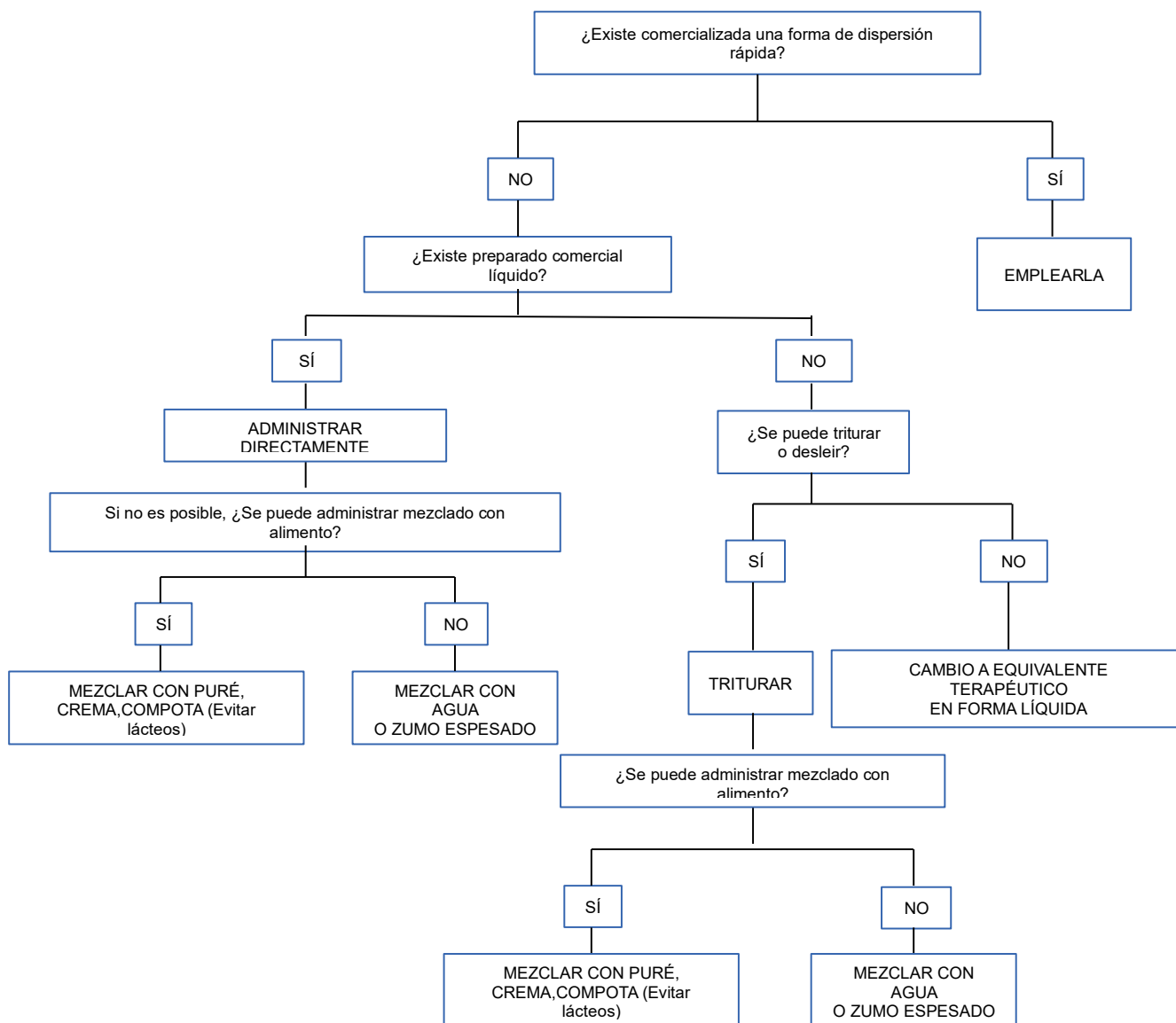
<p>COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN INMEDIATA</p> 	<p>Debe utilizarse la técnica de trituración de comprimidos, lo que exige la destrucción de la forma farmacéutica, su pulverización. Idealmente los comprimidos deben triturarse empleando un mortero de cristal o metálico. Otra opción es emplear trituradoras con vasos acoplados o bolsas en las que se minimiza la pérdida de principio activo.</p> <p>Normalmente se añadirá el producto triturado a una pequeña cantidad de comida blanda. Si el medicamento debe administrarse en ayunas, se prefiere emplear la técnica de dispersión de comprimidos siempre que el tiempo de dispersión en agua sea inferior a 1 minuto.</p> <p>La técnica de dispersión de comprimidos consiste en</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- Retirar el émbolo de una jeringa de 20 ml, introducir en el interior el comprimido y cerrar de nuevo con el émbolo. 2.- Aspirar 15 ml de agua y agitar hasta desleír el comprimido. El tiempo necesario para ello será diferente según la especialidad. <p>Esta técnica presenta ventajas sobre la trituración: menor pérdida de producto, menos manipulación, no produce liberación de partículas en el ambiente, con lo que aporta mayor seguridad al manipulador en el caso de preparar medicamentos citostáticos. Por otro lado, se tendrá que espesar el producto obtenido de la dispersión del fármaco en agua, teniendo en cuenta que la consistencia alcanzada ha de ser segura para el usuario al nivel IDDSI recomendado tras la evaluación de la deglución</p>
<p>COMPRIMIDOS RECUBIERTOS</p> 	<p>- CON CUBIERTAS ENTÉRICAS: Pueden o bien proteger el principio activo del medio ácido del estómago o bien proteger la mucosa gástrica del contacto con principios activos irritantes. En el primer caso, la mayoría de los comprimidos no se podrán triturar. En el segundo, se podría triturar sopesando el aumento de la gastrolesividad que ello conllevaría¹².</p> <p>- CON CUBIERTAS DE LIBERACIÓN PROLONGADA o RETARDADA: Una vez ingeridos, liberan progresivamente el principio activo, con lo que triturarlos podría suponer desde una disminución de la absorción con pérdida del efecto terapéutico hasta una absorción excesiva que provocara toxicidad. No deben triturarse como norma general¹².</p> <p>- CON OTROS TIPOS DE CUBIERTAS: Algunas cubiertas tienen como finalidad enmascarar un sabor amargo o desagradable, o proteger el principio activo de la oxidación, de la luz o de la humedad, o bien facilitar su deglución. En estos casos los comprimidos pueden triturarse, pero deben ser administrados inmediatamente antes de que el principio activo se degrade. Hay que tener en cuenta en esta situación la necesidad de enmascaramiento del sabor desagradable con comida, pues puede verse afectada la adherencia.</p>

<p>COMPRIMIDOS EFERVESCENTES</p> 	<p>Se deben administrar disueltos, disolviendo en 30 ml de agua y esperando hasta la finalización de la efervescencia. En la mayoría de los casos se tendrá que espesar la disolución para administrarla, teniendo en cuenta que la consistencia alcanzada ha de ser segura para la persona residente al nivel IDDSI recomendado tras la evaluación de la deglución.</p>
<p>COMPRIMIDOS SUBLINGUALES</p> 	<p>Se absorben bajo la lengua sin necesidad de tragarlos. Si la persona residente no tiene mucha salivación, mojar la boca con un poco de agua o con una gasa humedecida para facilitar la disolución del comprimido.</p> <p>No deben triturarse, ya que están diseñados para evitar el efecto de primer paso hepático, con lo que se dosifican a dosis inferiores a las equivalentes por vía oral, de manera que si se administrasen triturados resultarían ineficaces.</p>
<p>COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES</p> 	<p>Se trata de comprimidos no recubiertos diseñados para una rápida dispersión al colocarse en la boca. Son muy susceptibles a la degradación por la temperatura y la humedad, con lo que no se pueden triturar, ya que se aglutinarían y parte del principio activo se perdería con la humedad ambiental.</p> <p>Sí pueden desleírse (técnica de dispersión de comprimidos) en una pequeña cantidad de agua que posteriormente deberá espesarse teniendo en cuenta que la consistencia alcanzada ha de ser segura para la persona residente al nivel IDDSI recomendado tras la evaluación de la deglución.</p> <p>Otra opción es desleír el comprimido en agua en una cuchara de postre para formar una pasta que se administrará en boca, o mezclada con una pequeña cantidad de puré, compota o crema.</p>
<p>COMPRIMIDOS MASTICABLES</p> 	<p>Estos comprimidos contienen en su composición unos aglutinantes como excipientes que los hacen disgregarse poco a poco con la masticación. No se recomienda su trituración de manera habitual.</p> <p>En personas con disfagia leve puede intentarse que los mastiquen. Sin embargo, en disfagias avanzadas o en los casos que se requiera trituración porque no hay posibilidad de colaboración masticando el medicamento, dicha pulverización debe realizarse meticulosamente para poder obtener un resultado adecuado para ser administrado a este perfil de persona. Previamente se consultará esta posibilidad al Servicio de Farmacia de referencia.</p>

<p>GRAGEAS</p> 	<p>En este caso debe emplearse la trituración, con la excepción de grageas que llevan un recubrimiento para proteger la mucosa de principios activos muy irritantes. Consultar con el Servicio de Farmacia de referencia.</p>
<p>MEDICAMENTOS PELIGROSOS Y CITOSTÁTICOS</p> 	<p>Son potencialmente peligrosos para el manipulador, por la formación de aerosoles durante la trituración y por la exposición reiterada al fármaco.</p> <p>En el año 2016 se publicó en nuestro país un documento realizado por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT) y la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH), a partir de los listados de fármacos peligrosos para el manipulador elaborados por el National Institute for Occupational Safety and Health Research (NIOSH) de Estados Unidos. En este documento se indican las recomendaciones para una correcta manipulación y administración de los fármacos considerados peligrosos que se utilizan en nuestro país¹⁴. Actualmente como continuación y actualización de este documento, se ha creado la base de datos InfoMep (Información para los profesionales sanitarios sobre medicamentos peligrosos), donde se puede consultar cualquier medicamento para comprobar si es o no considerado peligroso para su manipulación y cómo debe manejarse si fuese el caso.</p> <p>Las recomendaciones generales a seguir con este tipo de productos son:</p> <p>Evitar el manejo por hombres o mujeres que estén intentando concebir, mujeres embarazadas o en fase de lactancia.</p> <hr/> <p>Se usará siempre mascarilla FFP2/FFP3 y doble guante (desechar una vez finalizada la manipulación y administración del medicamento peligroso).</p> <hr/> <p>Debe realizarse las operaciones de triturado o apertura de cápsulas dentro de una bolsa hermética.</p> <hr/> <p>Si se considera que hay riesgo de salpicadura se puede usar bata y gafas de protección.</p> <hr/> <p>En caso de ser factible la técnica de dispersión de comprimidos, será la de elección.</p> <p>Se debe realizar las tareas de manipulación en una zona ventilada, por lo que no debe realizarse en el comedor, delante de las personas residentes.</p>

3-ALGORITMO DE SELECCIÓN DE LA FORMA FARMACÉUTICA MÁS ADECUADA PARA LA PERSONA RESIDENTE CON DISFAGIA

El algoritmo para la selección de la forma farmacéutica más indicada y el método de administración más adecuado en cada persona residente es el siguiente^{16,17}:



Es una labor fundamental, por parte del equipo multidisciplinar, tomar medidas oportunas para garantizar la correcta administración de los medicamentos, ya que de ello depende que los medicamentos ejerzan su acción farmacológica, por lo que la implicación de todo el personal de atención directa, enfermería, médicos y farmacéuticos es muy necesaria.

4-RECOMENDACIONES DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS INCLUIDOS EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA SOCIOSANITARIA

La disfagia es un problema importante en nuestro ámbito, es necesario abordarlo desde el punto de vista nutricional, pero también farmacológico. En este punto el Servicio de Farmacia es un gran aliado, disponible para informar en cada caso concreto de alternativas a las formas farmacéuticas y técnicas de manipulación más adecuadas. En este sentido, en la Guía Farmacoterapéutica Sociosanitaria, existen recomendaciones específicas para la administración de fármacos a personas con problemas de disfagia¹⁸. Hemos recopilado las recomendaciones en un anexo al final de este capítulo para que sean de fácil lectura (Anexo 1). Este anexo es un listado dinámico, que cambia con las actualizaciones de la Guía y con la aparición de nuevas presentaciones o formas farmacéuticas de los fármacos que sean más recomendables para disfagia (bucodispersables).

5- FORMULARIO DE RECOMENDACIONES DE ADAPTACIÓN DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Una vez se le ha diagnosticado la disfagia a una persona residente, el Servicio de Farmacia elaborará un informe de adaptación de la medicación dirigido al médico para la adecuación del tratamiento al nuevo problema de salud detectado. Este informe incluye un apartado de recomendaciones específicas para la administración por parte del personal de enfermería (Figura 1)¹⁹.

Figura 1. Hoja de recomendaciones para la manipulación de la medicación en personas residentes con problemas de deglución.

Hoja de recomendación para personas residentes con problemas de deglución o con sonda de alimentación	
Centro sociosanitario:	
Persona residente:	
Tipo de disfagia: <input type="checkbox"/> Líquidos <input type="checkbox"/> Sólidos	
Tipo de dieta:	
Consistencia que tolera:	
<input type="checkbox"/> Néctar/2. Poco espesa	
<input type="checkbox"/> Miel/ 3. Moderadamente espesa	
<input type="checkbox"/> Pudín/4. Extremadamente espesa	
Tratamiento farmacológico: Adaptación	
Tratamiento farmacológico: Recomendaciones administración	

Farmacéutico:

Fecha:

A continuación, se muestra un ejemplo de su utilización:

Hoja de recomendación para personas residentes con problemas de deglución o con sonda de alimentación	
Centro sociosanitario:	
Persona residente:	
Tipo de disfagia: <input type="checkbox"/> Líquidos <input type="checkbox"/> Sólidos	
Tipo de dieta:	
Consistencia que tolera:	
<input type="checkbox"/> Néctar/2. Poco espesa	
<input type="checkbox"/> Miel/ 3. Moderadamente espesa	
<input type="checkbox"/> Pudín/4. Extremadamente espesa	
Tratamiento farmacológico: Adaptación	
Tardyferon 80mg gg	Se recomienda sustituir por Profer (ferrimanitol ovoalbúmina) sobres.
Omeprazol 20mg capsula	Se recomienda sustituir por Lansoprazol comp bucodispersables
Lactulosa sobres	Mantener
Rivastigmina 4,5mg caps 1-0-0-0	Se recomienda sustituir por Rivastigmina parches 4,6mg c/24h
Calcio + vitamina D sobres efervescentes	Mantener
Adiro 100mg comp (Ac. acetilsalicílico)	Mantener
Tratamiento farmacológico: Administración	
Profer sobres	Puede diluirse en agua y mezclarse con espesante (datos propios).
Lansoprazol comp bucodispersables	Administrar directamente
Lactulosa sobres	Mezclar con puré, compota, crema. Puede diluirse en agua y mezclar con espesante.
Rivastigmina 4,5mg parches	No aplicar en muslo ni abdomen
Calcio + vitamina D sobres efervescentes	Disolver el contenido del sobre en agua y tras finalizar la efervescencia, espesar hasta la textura adecuada.
Adiro 100mg comp (Ac. acetilsalicílico)	Desleír en agua y espesante y mezclar con puré, compota, o crema.

Farmacéutico:

Fecha:

6-CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- Es fundamental conocer las intervenciones más sencillas y eficaces para manejar la administración oral de fármacos en casos de disfagia orofaríngea para poder mejorar la calidad farmacoterapéutica, reducir errores de medicación y aumentar la seguridad que se le aporta a la persona residente con disfagia, disminuyendo la morbimortalidad asociada al riesgo de broncoaspiración ligado a la administración de medicamentos.
- El seguimiento de la persona residente para determinar la eficacia clínica o los efectos secundarios del tratamiento que ha sido manipulado mecánicamente para facilitar su administración, puede resultar útil y es particularmente importante para las personas residentes que toman medicamentos con un rango terapéutico estrecho.
- Se necesita un enfoque integral y multidisciplinar para reducir las modificaciones inapropiadas de las formas farmacéuticas que se administran a las personas residentes con disfagia.



ADAPTACIONES FARMACOLÓGICAS EN DISFAGIA



ASPECTOS A CONSIDERAR CUANDO SE MANIPULA UN FÁRMACO



ALGORITMO DE SELECCIÓN DE FORMA FARMACÉUTICA

Adaptado Hernandez Martin J, Correa Ballester M. Adaptación de la guía farmacoterapéutica de un hospital sociosanitario a pacientes con disfagia. Farm Hosp. 2013;37(3):198-208.

PRINCIPIOS GENERALES DE ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS



- Questionamos si el medicamento es esencial, ya que en algunas circunstancias puede que se pueda suspender (sólo en caso de medicamentos de baja utilidad terapéutica, por ejemplo).
- Considerar el cambio de forma farmacéutica del medicamento previo a aquélla que no requiere manipulación y sea segura para las personas residentes: formas susodispersas o sublingües, perlas, supositorios, inyectables, etcétera.
- En caso de que el medicamento no esté disponible en una forma farmacéutica alternativa, interconvierte por otro principio activo e incluso grupo terapéutico que sí está comercializado en una forma farmacéutica que no requiere manipulación.
- En caso de no disponer de una forma farmacéutica alternativa, dar preferencia a los medicamentos líquidos, en polvo, granulados y efervescentes.
- Ajustar la dosis y la posología cuando se cambia de forma farmacéutica o se cambia de principio activo.
- Adaptar la textura de los sólidos y la viscosidad de los líquidos en los que deben ir mezclados los medicamentos para evitar broncoaspiraciones. Con este fin, previamente deberá haberse determinado de forma individualizada la viscosidad y el volumen del bolo para cada persona residente. Para ello, el método más empleado en nuestro medio es el Método de Expiración con el Volumen-Viscosidad (VVCV-VVCV) tal y como se explica en el capítulo 2 de este manual.
- En el caso de disponer sólo de formas farmacéuticas sólidas, deberá utilizarse, siempre que sea posible, su contenido contenido en cuanto las instrucciones que se establezcan a continuación.

CONCLUSIONES



Es fundamental conocer las intervenciones más sencillas y eficaces para manejar la administración oral de fármacos en casos de disfagia orofaríngea.

Se necesita un enfoque integral y multidisciplinar para reducir las modificaciones inapropiadas de las formas farmacéuticas que se administran a las personas residentes con disfagia.

7-BIBLIOGRAFÍA:

1. García Aparicio J., Herrero Herrero J. I., Moreno Gómez A. M.^a, Martínez Sotelo J., González del Valle E., Fernández de la Fuente M^a A.. Pilotaje de un protocolo para la adecuación de la forma farmacéutica de la medicación oral al grado de disfagia, de los pacientes ingresados en un servicio de medicina interna. *Nutr. Hosp.*[Internet]. 2011 Oct [citado 2021 Mayo 01]; 26(5): 933-939. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112011000500002&lng=es.
2. Yady J. Manrique, Danielle J. Lee. Crushed Tablets: Does the Administration of Food Vehicles and Thickened Fluids to Aid Medication Swallowing Alter Drug Release? *J Pharm Pharm Sci* (www.cspCanada.org) 17(2) 207 - 219, 2014.
3. UK Medicines Information (UKMi) Medicines Q&As document "Crushing tablets or opening capsules in a care home setting". Date prepared: 1st December 2016. (Cited 21/05/2021). Available from www.sps.nhs.uk/articles/crushing-tablets-or-opening-capsules-in-a-care-home-setting/
4. Lau, Esther & Steadman, Kathryn & Cichero, J. & Nissen, Lisa. (2018). Dosage form modification and oral drug delivery in older people. *Advanced Drug Delivery Reviews*. 135. 10.1016/j.addr.2018.04.012.
5. Clavé P, Arreola V. Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad (MECV-V) para la detección de la disfagia orofaríngea. Novartis Medical Nutrition, editor. 2006. Ref Type: Serial (Book, Monograph)
6. Barroso J. Disfagia orofaríngea y broncoaspiración. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2009; 44 (Suppl. 2): 22-28.
7. Cichero JAY, Lam P, Steele CM et al. Development of international terminology and definitions for texture-modified foods and thickened fluids used in dysphagia management: the IDDSI framework. *Dysphagia* 2017; 32: 293-314.
8. Arenaza Peña AE, Arias Fernández L, Benítez Giménez MT, Bilbao Gómez Martino C, Borrego Hernando MI, Fernández Ruiz-Morón AM, et al. Guía de Administración de Medicamentos por Sondas de Alimentación Enteral. Servicio de Farmacia. Hospital Clínico San Carlos. Madrid, 2012. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadertype=Content-disposition&blobheadertype=cadena&blobheadertype=filename%3DGuia+de+administraci%F3n+de+medicamentos+por+sondas+de+alimentaci%F3n+enteral.pdf&blobheadertype=language%3Des%26site%3DHospitalClinicoSanCarlos&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352812967550&ssbinary=true>.
9. Guía de administración de medicamentos por sonda nasogástrica. Listado de medicamentos disponibles en el hospital, procedimientos de administración y alternativas. Iziar Martínez López, Francesc Puigventós. 2006.
10. UK Medicines Information (UKMi) Medicines Q&As document "How can people who need thickened fluids take medicines". Published 14 October 2020. Disponible

en: <https://www.sps.nhs.uk/articles/how-can-people-who-need-thickened-fluids-take-medicines/>[acceso: 21/05/2021]

11. Lau ETL, Steadman KJ, Cichero JAY et al. Dosage form modification and oral drug delivery in older people. *Adv Drug Deliv Rev* 2018; 135: 75-84.
12. Logrippo S, Ricci G, Sestili M, Cespi M, Ferrara L, Palmieri GF, Ganzetti R, Bonacucina G, Blasi P. Oral drug therapy in elderly with dysphagia: between a rock and a hard place!. *Clin Interv Aging*. 2017;12:241-251.
13. Rua, F.. Administración de medicamentos: ¿Se puede alterar la integridad de la forma farmacéutica? *Farmacéuticos Comunitarios*. 2011; 3(1), 16-22.
14. Medicamentos peligrosos. Medidas de prevención para su preparación y administración. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, 2016.
15. Romero Jiménez Rosa M.^a, Ortega Navarro Cristina, Cuerda Compés Cristina. La polifarmacia del paciente crónico complejo y la nutrición enteral. *Nutr. Hosp.* [Internet]. 2017 [citado 2021 Mayo 22]; 34 (Suppl 1): 57-76. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112017000600007&lng=es. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.1240>.
16. Hernandez Martín J., Correa Ballester M. Adaptación de la guía farmacoterapéutica de un hospital sociosanitario a pacientes con disfagia. *Farm Hosp*. 2013;37(3):198-208.
17. Wright D., Begent D., Crawford H. Consensus Guideline on the Medication Management of Adults with Swallowing Difficulties. Mebendium Group Publishing Ltd.; Buckinghamshire, UK: 2017. Medication management of adults with swallowing difficulties.
18. Guía Farmacoterapéutica Sociosanitaria 2016. Vicepresidència i Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives.
19. Sáez Lleó C, Bravo José, Patricia. Administración de medicamentos en pacientes con sonda enteral o con disfagia. En: Bravo José P, Montañés Pauls B, Martínez Martínez M, editores. *Cuidados farmacéuticos en personas en situación de dependencia*. Barcelona: Glosa; 2009. p. 327-46.

ANEXO 1. RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS PARA LA ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS A PERSONAS RESIDENTES CON DISFAGIA

A. APARATO DIGESTIVO Y METABOLISMO			
A02: AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE ALTERACIONES CAUSADAS POR ÁCIDOS			
		Recomendaciones administración	
Subgrupo terapéutico	Principio activo	Forma Farmacéutica	Triturar/dispersar
A02AD Combinaciones y complejos de aluminio, calcio y magnesio	ALMAGATO	Comprimido	Los comprimidos no se deben triturar.
A02AH Antiácidos con bicarbonato de sodio	BICARBONATO SÓDICO	Sobre	Los sobres se pueden mezclar con espesante a base de gomas, incompatible con espesante de almidón.
A02BA Antagonistas del receptor H2	FAMOTIDINA	Comprimido	Los comprimidos se pueden pulverizar. Son compatibles con comida, aunque se recomienda administrar tras las comidas.
A02BC Inhibidores de la bomba de protones	OMEPRAZOL	Cápsula	Triturar los comprimidos y mezclar con una cucharada de puré, compota o crema.
	LANSOPRAZOL	Comprimido bucodispersable	Los pellets no deben masticarse ni triturarse. No obstante, se puede abrir la cápsula y dispersar las microesferas en medio ácido (zumo) y administrar inmediatamente.
			Colocar el comprimido directamente en la boca, donde se dispersará en menos de 3 minutos en saliva. Si la persona residente no puede tomar adecuadamente este comprimido por falta de salivación, se puede desleír en agua en una cuchara de postre para formar una pasta que se administrará en boca, o mezclada con una pequeña cantidad de puré, compota o crema.
			Alimentos
			Administrar 30 min-1 h después de las comidas.
			Administrar 30 min-1 h después de las comidas.
			Se debe esperar entre 20 minutos y 1 hora después de las comidas. No tomar con el estómago excesivamente lleno.
			Preferentemente en ayunas
			Es preferible usar lansoprazol bucodispersable
			Se recomienda administrar por la mañana, preferiblemente sin alimentos.
			Alternativa/adaptación
			La alternativa al comprimido es el sobre.

A03: FÁRMACOS PARA ALTERACIONES FUNCIONALES GASTROINTESTINALES

		Recomendaciones administración			
Subgrupo terapéutico	Principio activo	Forma Farmacéutica	Triturar/dispersar	Alimentos	Alternativa/adaptación
A03AB Anticolinérgicos sintéticos, derivados con amonio cuaternario	OTILONIO, BROMURO	Comprimido	Triturar los comprimidos, disolver en agua y mezclar con espesante.	Administrar 20 minutos antes de las comidas con medio vaso de agua.	Uso de supositorios.
A03BB Alcaloides semisintéticos de la Belladona, compuestos de amonio cuaternario	BUTILESCOPOLAMINA, BROMURO	Comprimido	Triturar los comprimidos, disolver en agua y mezclar con espesante.		
A03FA Propulsivos	CINITAPRIDA	Comprimido	Triturar los comprimidos, disolver en agua y mezclar con espesante.	Administrar 15 minutos antes de las comidas.	De elección la solución.
		Solución	Mezclar con espesante.	Administrar 15 minutos antes de las comidas.	
	DOMPERIDONA	Comprimido	Triturar los comprimidos, dispersar en agua y espesarse.	Administrar 15 minutos antes de las comidas.	De elección la solución.
		Solución	Mezclar con espesante.	Administrar 15 minutos antes de las comidas.	
		Comprimido	Triturar los comprimidos, dispersar en agua y espesarse.	Administrar 15 minutos antes de las comidas.	
	METOCLOPRAMIDA	Comprimido	Triturar los comprimidos, dispersar en agua y espesarse.	Administrar 15 minutos antes de las comidas.	De elección la solución.
		Solución	Mezclar con espesante.	Administrar 15 minutos antes de las comidas.	

A05: TERAPIA BILIAR Y HEPÁTICA

		Recomendaciones administración			
Subgrupo terapéutico	Principio activo	Forma Farmacéutica	Triturar/dispersar	Alimentos	Alternativa/adaptación
A05AA Ácidos biliares y derivados	URSODESOXICÓLICO, ÁCIDO	Cápsula	Dispersar el contenido de la cápsula con una cucharada de puré, compota o crema.	Administrar preferentemente con las comidas.	



A06: FÁRMACOS PARA EL ESTREÑIMIENTO		Recomendaciones administración			
Subgrupo terapéutico	Principio activo	Forma Farmacéutica	Triturar/dispersar	Alimentos	Alternativa/adaptación
A06AC Formadores de volumen	PLANTAGO OVATA	Sobres	Disolver el sobre en una pequeña cantidad de agua y espesante.	Administrar 30-60 minutos antes de las comidas.	
A06AD: Laxantes osmóticos	LACTITOL	Sobres	Mezclar con puré, compota, crema. Puede diluirse en agua y mezclar con espesante.		
	LACTULOSA	Sobres	Mezclar con puré, compota, crema. Puede diluirse en agua y mezclar con espesante.		
	MACROGOL, POTASIO, CLORURO SÓDICO, BIBARBONATO SODIO CLORURO.	Sobres	Mezclar con puré, compota, crema. Incompatible con espesantes, sobretodo de almidón.		
A07: ANTIDIARREICOS, AGENTES ANTIINFLAMATORIOS /ANTIINFECTOSOS INTESTINALES		Recomendaciones administración			
Subgrupo terapéutico	Principio activo	Forma Farmacéutica	Triturar/dispersar	Alimentos	Alternativa/adaptación
A07AA Antibióticos	RIFAMIXINA	Comprimido	Pulverizar y mezclar con una pequeña cantidad de puré, compota o crema. La función de la cubierta es enmascarar el sabor amargo del principio activo.	Puede administrarse con o sin alimentos	
A07CA Formulaciones de sales de rehidratación oral	LACTATO CÁLCICO, SULFATO MAGNÉSICO, ÁCIDO CÍTRICO, CITRATO SÓDICO.	Sobre	No existen estudios. En principio no hay contraindicación para espesar la solución una vez disuelta.	Evitar alimentos con alto contenido en azúcar o salados.	
A07DA Antipropulsivos	LOPERAMIDA	Cápsula	Abrrir las cápsulas y dispersar su contenido en una pequeña cantidad de puré, crema o compota.		
A07EC Ácido aminosalicílico y agentes similares	MESALAZINA	Comprimido Comprimido liberación prolong Granulado liberación prolong Supositorios	No triturar los comprimidos gastroresistentes ni los de liberación prolongada. Disolver los sobres en agua y espesante. No procede.	Administrar antes de las comidas.	De elección las formas rectales
	SULFASALAZINA	Comprimido	Los comprimidos pueden partirse para facilitar la deglución o pulverizarse y administrarse junto con una pequeña cantidad de comida blanda (puré, compota, crema).	Administrar después de las comidas.	

A10: FÁRMACOS USADOS EN DIABETES

		Recomendaciones administración			
Subgrupo terapéutico	Principio activo	Forma Farmacéutica	Triturar/dispersar	Alimentos	Alternativa/adaptación
A10BA Biguanidas	METFORMINA	Comprimido	Triturar los comprimidos y mezclar con puré, compota, crema.	Administrar con alimentos	
A10BB Derivados de las sulfonilureas	GLIMEPIRIDA GLIPIZIDA	Comprimido Comprimido	Triturar los comprimidos y mezclar con puré, compota, crema.	Administrar poco antes o durante una comida	
A10BD Combinaciones de fármacos hipoglucemiantes orales	LINAGLIPTINA/METFORMINA CANAGLIFLOZINA/METFORMINA	Comprimido Comprimido	Triturar los comp, disolver en agua y mezclar con espesante.	Administrar 30 min antes de la ingesta.	
A10BH Inhibidores de la 4 peptidasa (DPP-4 peptidasa)	LINAGLIPTINA	Comprimido	Triturar los comp y mezclar con puré, compota, crema.	Administrar con las comidas.	
A10BK Inhibidores del transportador sodio-glucosa tipo 2 (SGLT2)	CANAGLIFLOZINA	Comprimido	Los comprimidos no tienen ningún recubrimiento que impida su trituración y administración con una pequeña cantidad de comida blanda, aunque no existe ningún estudio al respecto.	Administrar por la mañana y por la noche con las comidas.	
A10BX Otros fármacos hipoglucemiantes. Secretagogo de acción corta.	REPAGLINIDA	Comprimido	Triturar los comp y mezclar con puré, compota, crema.	Pueden tomarse con o sin alimentos	
			Los comprimidos no tienen ningún recubrimiento que impida su trituración y administración con una pequeña cantidad de comida blanda, aunque no existe ningún estudio al respecto.	Tomar preferentemente antes de la primera comida del día.	
			Triturar los comprimidos y mezclar con agua y espesante.	Tomar preferencialmente (15-30 min antes de la comida)	

A11: VITAMINAS		Recomendaciones administración			
Subgrupo terapéutico	Principio activo	Forma Farmacéutica	Triturar/dispersar	Alimentos	Alternativa/adaptación
A11CA Vitamina A sola	RETINOL	Cápsula blanda	La extracción del contenido de las cápsulas con una jeringa produce pérdida de principio activo.	Puede administrarse con o sin alimentos.	
A11CC Vitamina D y análogos	CALCIFEDIOL	Ampollas/gotas	Ampollas y gotas: mezclar con puré, compota, crema. Compatible con espesante.		
A11DA Vitamina B1 sola	TIAMINA (Vitamina B1)	Cápsula blanda	No manipular.		Uso como alternativa de las ampollas bebibles y las gotas.
A11DB Vitamina B1 en combinación con vitamina B6 y/o vitamina B12	TIAMINA, PIRIDOXINA, CIANOCOBALAMINA	Ampolla	Administrar la ampolla mezclada con puré, compota, crema.	Preferiblemente administrar durante una comida.	
A11EB Vitaminas del complejo B con vitamina C	TIAMINA, RIBOFLAVINA, CIANOCOBALAMINA, ÁCIDO ASCÓRBICO.	Comprimido	Triturar el comprimido mezclado con puré, compota, crema.		
A11HA Otros preparados de vitaminas, monofármacos	TOCOFEROL (Vitamina E) PIRIDOXINA (Vitamina B6)	Cápsula blanda	Valorar ampollas de administración IM. La extracción del contenido de las cápsulas con una jeringa produce pérdida de PA.		
A12: SUPLEMENTOS MINERALES					
Subgrupo terapéutico	Principio activo	Forma Farmacéutica	Triturar/dispersar	Alimentos	Alternativa/adaptación
A12AA Calcio	CALCIO CARBONATO	Comprimido masticable	Si el paciente es capaz de chupar los comprimidos administrar directamente, si no, pulverizar, dispersar en agua y espesar.	Administrar 1 h antes o 2 h después.	
A12AX Calcio, combinaciones con, vitamina D y/o otros fármacos	CALCIO CARBONATO/COLECALCIFEROL	Sobres efervescentes	Disolver el contenido del sobre en agua y tras finalizar la efervescencia, espesar hasta la textura adecuada.	Administrar 1 h antes o 2 h después.	
A12BA Potasio	POTASIO CLORURO	Cápsulas	Abrir las cápsulas y espolvorear su contenido sobre una cucharada de alimento blando.	Administrar 1 h antes o 2 h después.	
				Administrar junto con alimentos o inmediatamente después de las comidas.	

B. SANGRE Y ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS		Recomendaciones administración			
B01: ANTI Trombóticos					
Subgrupo terapéutico	Principio activo	Forma Farmacéutica	Triturar/dispersar	Alimentos	Alternativa/adaptación
B01AA Antagonistas de la vitamina K	ACENOCUMAROL	Comprimido	Si no hay alternativa vigilar INR con mayor frecuencia. Triturar los comprimidos y mezclar con puré, compota, crema.	Evitar tomar zumo de grosella o alcohol. Se debe tener en cuenta que los alimentos con alto contenido en vitamina K (e.j.: espinaca, coliflor, col) pueden disminuir el efecto anticoagulante de los dicumarínicos.	
B01AC Inhibidores de la agregación plaquetaria, excluyendo heparina	ÁCIDO ACETILSALICÍLICO	Comprimido	Desleír en agua y espesante y mezclar con puré, compota, o crema.	Preferentemente tomar en ayunas y al menos 1 hora antes de las comidas.	
		Cápsula	Abrir las cápsulas y mezclar con puré, compota o crema.		
	CLOPIDOGREL	Comprimido	Triturar y mezclar con puré, compota, o crema.	Puede administrarse con o sin alimentos.	
B01AE Inhibidores directos de la trombina	DABIGATRAN	Cápsula	No abrir las cápsulas porque aumenta su biodisponibilidad.		Valorar sustituir por un equivalente terapéutico.
B01AF Inhibidores directos del factor Xa	APIXABAN	Comprimido	Pulverizar el comprimido, y administrar con una pequeña cantidad de comida.	Puede administrarse con o sin alimentos.	
	EDOxaban	Comprimido	Pulverizar y mezclar con compota de manzana.	Puede administrarse con o sin alimentos.	
	RIVAROXABAN	Comprimido	Triturar y mezclarse con alimentos. Administrar inmediatamente	Puede administrarse con o sin alimentos.	



B02: ANTIHEMORRÁGICOS		Recomendaciones administración			
Subgrupo terapéutico	Principio activo	Forma Farmacéutica	Triturar/dispersar	Alimentos	Alternativa/adaptación
B02AA Aminoácidos	TRANEXÁMICO, ÁCIDO	Comprimido Ampollas	Triturar el comprimido y mezclar con puré, compota o crema. Se pueden diluir en agua espesada y administrar.	Puede administrarse con o sin alimentos.	
B03: PREPARADOS ANTIANÉMICOS		Recomendaciones administración			
Subgrupo terapéutico	Principio activo	Forma Farmacéutica	Triturar/dispersar	Alimentos	Alternativa/adaptación
B03AA Hierro bivalente, preparados orales	HIERRO II, SULFATO	Comprimido	No manipulable para disfragia. No triturar. Los comprimidos no se deben tragar, masticar o dejar en la boca, sino que se tragaran enteros, con agua.		
B03AB Hierro trivalente, preparados orales	FERRIMANITOL OVOALBÚMINA	Sobres	Puede diluirse y mezclarse con espesante (datos propios).		
B03BA Vitamina B12	CIANOCOBALAMINA	Ampolla	Mezclar con puré, compota, crema.		
B03BB Ácido fólico y derivados	FÓLICO, ÁCIDO	Comprimido	Triturar los comprimidos y mezclar con puré, compota, crema		

C. APARATO CARDIOVASCULAR				
C01: TERAPIA CARDÍACA				
Subgrupo terapéutico	Principio activo	Forma Farmacéutica	Recomendaciones administración	
			Triturar/dispersar	Alimentos
C01AA Glucósidos cardíacos	DIGOXINA	Comprimido	Pulverizar y dispersar en 10 ml de agua con espesante o mezclar con puré/crema.	Puede administrarse con o sin alimentos, pero siempre debe procederse de la misma manera.
C01BC Antiarrítmicos clase IC	PROPAFENONA	Comprimido	Pulverizar y dispersar en 10 ml de agua con espesante o mezclar con puré/crema.	
C01BD Antiarrítmicos clase III	FLECAINIDA	Comprimido	Pulverizar y dispersar en 10 ml de agua con espesante o mezclar con puré/crema.	Puede administrarse con o sin alimentos.
C01DA Nitratos orgánicos	AMIODARONA	Comprimido	Pulverizar y dispersar en 20 ml de agua con espesante o mezclar con puré/crema.	Con alimentos se reduce la intolerancia gastrointestinal, pero hay que tener en cuenta que se incrementa la velocidad y la cantidad absorbida.
C01EA Nitratos orgánicos	MONONITRATO DE ISOSORBIDA	Comprimido	Pulverizar y dispersar en 10 ml de agua con espesante o mezclar con puré/crema.	Los alimentos afectan a la velocidad de absorción. Es preferible tomar en ayunas con un vaso de agua.
C01EB Otros preparados para el corazón	NITROGLICERINA	Comprimido retard	No triturar	Los comprimidos retard no se pueden triturar por lo que se debe cambiar a la forma de liberación inmediata ajustando la posología.
		Comprimido sublingual	Administración sublingual.	
		Comprimido	Pulverizar y dispersar en 10 ml de zumo de naranja con espesante o mezclar con puré/crema.	

C02: ANTIHIPERTENSIVOS				Recomendaciones administración			
Subgrupo terapéutico	Principio activo	Forma Farmacéutica	Triturar/dispersar	Alimentos	Alternativa/adaptación		
C02CA Antagonistas receptores alfa-adrenérgicos	DOXAZOSINA	Comprimido Comprimido de liberación prolongada	Dispersar en agua (tarda 10 min en disolverse) con espesante o mezclar con puré/crema. Los comprimidos de liberación prolongada no se pueden triturar. No triturar.	Puede administrarse con o sin alimentos.	Utilizar comprimidos de liberación inmediata ajustando la posología.		
C03: DIURÉTICOS				Recomendaciones administración			
Subgrupo terapéutico	Principio activo	Forma Farmacéutica	Triturar/dispersar	Alimentos	Alternativa/adaptación		
C03AA Diuréticos de bajo techo: Tiazidas	HIDROCLOROTIAZIDA	Comprimido	Dispersar en 10 ml de agua con espesante o mezclar con puré/crema.		Alternativa/adaptación		
C03BA Diuréticos de bajo techo. Sulfonamidas	INDAPAMIDA	Comprimido Comprimido retard	Dispersar en 10 ml de agua con espesante o mezclar con puré/crema. No triturar.	Puede administrarse con o sin alimentos.	Utilizar comprimidos de liberación inmediata ajustando la posología.		
C03CA Diuréticos de alto techo. Sulfonamidas	FUROSEMIDA	Comprimido	Dispersar en 10 ml de agua con espesante o mezclar con puré/crema.	Tomar preferiblemente en ayunas.			
C03DA Ahorraadores de potasio. Antagonistas de la aldosterona	TORASEMIDA ESPIRONOLACTONA	Comprimido Comprimido	Dispersar en 10 ml de agua con espesante o mezclar con puré/crema. Dispersar en 20 ml de agua con espesante o mezclar con puré/crema. Medicamento del grupo 2 de la lista NIOSH. Si hay que fraccionar o triturar hacerlo en CSB 1 con doble guante, bata y mascarilla.	Puede administrarse con o sin alimentos. Administrar preferiblemente con alimentos, aumenta la biodisponibilidad y disminuye la intolerancia gástrica.			
C04: VASODILADORES PERIFÉRICOS				Recomendaciones administración			
Subgrupo terapéutico	Principio activo	Forma Farmacéutica	Triturar/dispersar	Alimentos	Alternativa/adaptación		
C04AD Derivados de la purina	PENTOXIFILINA	Comprimido de liberación prolongada	No triturar los comprimidos. Utilizar ampollas con espesante o mezclar con puré/crema.		Utilizar las ampollas.		

C07: AGENTES BETABLOQUEANTES					
		Recomendaciones administración			
Subgrupo terapéutico	Principio activo	Forma Farmacéutica	Triturar/dispersar	Alimentos	Alternativa/adaptación
C07AA Agentes betabloqueantes no selectivos	PROPANOLOL	Comprimido	Dispersar en 10 ml de agua con espesante o mezclar con puré/crema.	Si se administra con alimentos, la biodisponibilidad aumenta hasta un 55%.	
C07AB Agentes betabloqueantes selectivos	BISOPROLOL	Comprimido	Dispersar en 10 ml de agua con espesante o mezclar con puré/crema.	Puede administrarse con o sin alimentos.	
C07AG Agentes bloqueantes alfa y beta	CARVEDILOL	Comprimido	Dispersar en 10 ml de agua con espesante o mezclar con puré/crema.	Puede administrarse con o sin alimentos. Recomendado tomar con alimentos para reducir la velocidad de absorción y la incidencia de efectos ortostáticos.	
C08: BLOQUEANTES DE CANALES DE CALCIO					
		Recomendaciones administración			
Subgrupo terapéutico	Principio activo	Forma Farmacéutica	Triturar/dispersar	Alimentos	Alternativa/adaptación
C08CA Derivados de dihidropiridina	AMLODIPINO	Comprimido	Dispersar en 10 ml de agua con espesante o mezclar con puré/crema.	Se recomienda tomar con alimentos para minimizar los efectos gastrointestinales.	
C08DA Derivados de fenilalquilamina	NIFEDIPINO	Comprimido retard	No triturar.		Se recomienda cambiar a amlodipino.
C08DB Derivados de benzotiazepina	VERAPAMILLO	Comprimido	Dispersar en 10 ml de agua con espesante o mezclar con puré/crema.	Administrar preferentemente en ayunas.	Utilizar solo la forma de liberación inmediata.
	DILTIAZEM	Comprimido retard	No triturar.	Administrar preferentemente antes de las comidas.	Utilizar solo la forma de liberación inmediata.
		Comprimido retard.	No triturar.		

C09: AGENTES QUE ACTÚAN SOBRE EL SISTEMA RENINA-ANGIOTENSINA

		Recomendaciones administración			
Subgrupo terapéutico	Principio activo	Forma Farmacéutica	Triturar/dispersar	Alimentos	Alternativa/adaptación
C09AA Inhibidores de la ECA monofármacos	CAPTOPRIL ENALAPRIL	Comprimido Comprimido	Dispersar en 10 ml de agua con espesante o mezclar con puré/crema. Dispersar en 10 ml de agua con espesante o mezclar con puré/crema.	Dispersar en 10 ml de agua con espesante o mezclar con puré/crema. Puede administrarse con o sin alimentos.	
C09BA Inhibidores de la ECA, asociaciones	FOSINOPRIL ENALAPRIL/ HIDROCLOROTIAZIDA	Comprimido Comprimido	Dispersar en 10 ml de agua con espesante o mezclar con puré/crema. Dispersar en 10 ml de agua con espesante o mezclar con puré/crema.		
C09CA Antagonistas angiotensina II monofármacos	IRBESARTAN LOSARTAN	Comprimido Comprimido	Pulverizar y dispersar en 10 ml de agua con espesante o mezclar con puré, compota o crema. Pulverizar y dispersar en 10 ml de agua con espesante o mezclar con puré, compota o crema.	Los alimentos no afectan. Los alimentos no afectan.	
C09DA Antagonistas angiotensina II, asociaciones	IRBESARTAN/ HIDROCLOROTIAZIDA LOSARTAN/ HIDROCLOROTIAZIDA	Comprimido Comprimido	Pulverizar y dispersar en 10 ml de agua con espesante o mezclar con puré, compota o crema. Pulverizar y dispersar en 10 ml de agua con espesante o mezclar con puré, compota o crema.		

C10: AGENTES MODIFICADORES DE LOS LÍPIDOS

		Recomendaciones administración			
Subgrupo terapéutico	Principio activo	Forma Farmacéutica	Triturar/dispersar	Alimentos	Alternativa/adaptación
C10AA Inhibidores de la HMG-CoA reductasa	PRAVASTATINA ATORVASTATINA	Comprimido Comprimido	Pulverizar y dispersar en 10 ml de agua con espesante o mezclar con puré, compota o crema. Pulverizar y dispersar en 10 ml de agua con espesante o mezclar con puré, compota o crema.	Puede administrarse con o sin alimentos. Puede administrarse con o sin alimentos.	
C10IB Fibratos	FENOFIBRATO GEMFIBROZILLO	Cápsula liberación prolongada Comprimido	No se pueden abrir las cápsulas. Triturar y dispersar en 10 ml de agua con espesante o mezclar con puré, compota o crema.	Puede administrarse con o sin alimentos. Puede administrarse con o sin alimentos.	Intercambiar por comprimidos de liberación inmediata ajustando la posología.



G. SISTEMA GENITOURINARIO Y HORMONAS SEXUALES		G03. HORMONAS SEXUALES Y MODULADORES GENITALES		Recomendaciones administración	
Subgrupo terapéutico	Principio activo	Forma Farmacéutica	Triturar/dispersar	Alimentos	Alternativa/adaptación
G03H. Antiandrogénicos	CIPROTERONA	Comprimido	Triturar y dispersar en 10 ml de agua con espesante.		
G04. PREPARADOS UROLÓGICOS					
G04B. OTROS PREPARADOS UROLÓGICOS					
Subgrupo terapéutico		Principio activo	Triturar/dispersar	Alimentos	Alternativa/adaptación
G04BD. Antiespasmódicos urinarios	TOLTERODINA	Forma Farmacéutica Cápsula de liberación prolongada	No triturar.	Puede administrarse con o sin alimentos.	Sustituir por la forma convencional ajustando posología (misma dosis total diaria repartida cada 12 h).
	MIRABEGRON	Comprimido de liberación prolongada	Triturar y mezclar con puré, compota, crema. No se puede triturar. El comprimido debe tomarse con líquido, debe tragarse entero sin masticar, partir ni machacar.	Puede tomarse con o sin alimentos.	Valorar alternativa terapéutica adaptada a la situación de dislagia.
G04C FÁRMACOS USADOS EN HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA					
Subgrupo terapéutico		Principio activo	Triturar/dispersar	Alimentos	Alternativa/adaptación
G04CA Antagonistas de los receptores alfa adrenérgicos	TAMSULOSINA	Forma Farmacéutica Cápsula de liberación prolongada	No se recomienda abrir las cápsulas.	Se recomienda tomar después del desayuno o de la primera comida del día.	Valorar cambio por otro antagonista de receptor alfa adrenérgico.
	DUTASTERIDA + TAMSULOSINA	Cápsula (Cada cápsula dura contiene pellets de liberación modificada de hidrocortisona y una cápsula de gelatina blanda con dutasterida)	No se pueden abrir. Las cápsulas no se deben masticar o abrir. El contacto con el contenido de la cápsula de dutasterida contenida dentro de la cápsula dura puede provocar irritación de la mucosa orofaríngea.	Administrar preferiblemente después de la misma comida cada día.	
G04CB - INHIBIDORES DE LA TESTOSTERONA 5-ALFA REDUCTASA	FINASTERIDA	Comprimido	Triturar los comprimidos y mezclar con puré, compota, crema.	Puede tomarse con o sin alimentos.	

H. PREPARADOS HORMONALES SISTÉMICOS, EXCLUYENDO HORMONAS SEXUALES E INSULINAS

H02 CORTICOSTEROIDES SISTÉMICOS

H02A CORTICOSTEROIDES SISTÉMICOS, SOLOS

		Recomendaciones administración			
Subgrupo terapéutico	Principio activo	Forma Farmacéutica	Triturar/dispersar	Alimentos	Alternativa/adaptación
H02AA Mineralocorticoides	FLUDROCORTISONA	Comprimido	Se recomienda triturar los comprimidos y mezclar con puré, compota, crema.	Administrar con alimentos.	
H02AB Glucocorticoides, solo vía oral	DEFLAZACORT	Comprimido	Se recomienda triturar los comprimidos y mezclar con puré, compota, crema.	Administrar con alimentos.	
	DEXAMETASONA	Comprimido	Se recomienda triturar los comprimidos y mezclar con puré, compota, crema.	Administrar con alimentos.	
	HIDROCORTISONA	Comprimido	Se recomienda triturar los comprimidos y mezclar con puré, compota, crema.	Administrar con alimentos.	
	PREDNISONA	Comprimido	Se recomienda triturar los comprimidos y mezclar con puré, compota, crema.	Administrar con alimentos.	

H03 TERAPIA TIROIDEA

H03A PREPARADOS TIROIDEOS

		Recomendaciones administración			
Subgrupo terapéutico	Principio activo	Forma Farmacéutica	Triturar/dispersar	Alimentos	Alternativa/adaptación
H03AA Hormonas tiroideas	LEVOTIROXINA	Comprimido	Se recomienda dispersar los comprimidos en agua y mezclar con espesante.	Administrar en ayunas media hora antes del desayuno con el estómago vacío.	
H03BB Derivados imidazólicos con azufre	TIAMAZOL	Comprimido	Triturar con las medidas de protección adecuadas y administrar directamente. Medicamento peligroso grupo 2 de la lista NIOSH. Si hay que fraccionar o triturar hacerlo en CSB I con doble guante, bata y mascarilla.	Administrar todos los días a la misma hora en relación a las comidas.	

J. ANTIINFECIOSOS PARA USO SISTÉMICO				
J01: ANTIBACTERIANOS PARA USO SISTÉMICO				
Subgrupo terapéutico	Principio activo	Forma Farmacéutica	Recomendaciones administración	
			Triturar/dispersar	Alimentos
J01A: Tetraciclinas	DOXICICLINA	Grageas	No triturar grageas.	Evitar toma de lácteos conjunta. Administrar con comidas para evitar irritación esofágica. Esperar 1h tras administración para tumbarse.
J01C: Antibióticos betalactámicos, penicilina	AMOXICILINA	Cápsulas	Las cápsulas se pueden abrir y disolver el contenido en agua. Adicionar espesante de almidón y goma xantana (datos propios). También se puede mezclar el polvo puré, compota o crema.	La absorción no se ve afectada por los alimentos.
		Sobres	El contenido del sobre se puede mezclar con puré, compota o crema o bien disolver el contenido en agua. Adicionar espesante de almidón y goma xantana (datos propios).	La absorción no se ve afectada por los alimentos.
		Comprimidos	No triturar los comprimidos.	Utilizar formulación en polvo.
	AMOXICILINA/ ÁCIDO CLAVULÁNICO	Sobres	Utilizar formulación en polvo. Puede disolverse en espesante de almidón y goma xantana (datos propios).	Se recomienda administrar con alimentos para minimizar efectos adversos gastrointestinales.
		Comprimidos	No triturar los comprimidos.	
	CLOXACILINA	Cápsulas	No manipular.	Administrar con el estómago vacío (1 h antes o 2 h después de las comidas). Consultar S. Farmacia.
J01D: OTROS ANTIBIÓTICOS BETALACTÁMICOS				
Subgrupo terapéutico	Principio activo	Forma Farmacéutica	Recomendaciones administración	
			Triturar/dispersar	Alimentos
J01DC: Cefalosporinas de 2ª generación	CEFUROXIMA	Comprimidos	No triturar los comprimidos. Utilizar formulación en polvo.	Administrar después de las comidas.
		Sobres	Puede disolverse en agua y adicionar espesante de almidón modificado.	Administrar después de las comidas.
J01DD: Cefalosporinas de 3ª generación	CEFIXIMA	Cápsulas	Abrir la cápsula y administrar con una pequeña cantidad de comida.	Puede tomarse con o sin alimentos.

J01E: SULFONAMIDAS Y TRIMETOPRIM				Recomendaciones administración	
Subgrupo terapéutico	Principio activo	Forma Farmacéutica	Triturar/dispersar	Alimentos	Alternativa/adaptación
J01EE: Combinaciones Sulfonamidas y Trimetoprim	SULFAMETOXAZOL/ TRIMETOPRIM	Comprimidos	Pulverizar y dispersar en 10 ml. de agua espesada o mezclar con puré, compota o crema.	Se recomienda tomar con alimentos para minimizar las molestias gástricas.	Solución comercial. Consultar con el S. Farmacia.
J01F: MACRÓLIDOS Y LINCOSAMIDAS				Recomendaciones administración	
Subgrupo terapéutico	Principio activo	Forma Farmacéutica	Triturar/dispersar	Alimentos	Alternativa/adaptación
J01FA: Macrólidos	CLARITROMICINA	Comprimidos	No triturar el comprimido. Tiene cubierta entérica. Desleir polvo en agua, disolver y administrar inmediatamente. Compatible con espesante de almidón (datos propios).	Se recomienda tomar con alimentos para minimizar las molestias gástricas.	De elección la formulación en sobres.
J01FF: Lincosamidas	AZITROMICINA	Comprimidos	No triturar el comprimido.	Se recomienda tomar con alimentos para minimizar las molestias gástricas.	
		Sobres	Desleir polvo en agua, disolver y administrar inmediatamente. Compatible con espesante de almidón (datos propios).	Se recomienda tomar con alimentos para minimizar las molestias gástricas.	
	CLINDAMICINA	Cápsulas	Abrir la cápsula y administrar el polvo con una pequeña cantidad de comida.	Puede administrarse con las comidas.	
J01M: QUINOLONAS ANTIBACTERIANAS				Recomendaciones administración	
Subgrupo terapéutico	Principio activo	Forma Farmacéutica	Triturar/dispersar	Alimentos	Alternativa/adaptación
J01MA: Fluoroquinolonas	CIPROFLOXACINO	Comprimidos	Triturar el comprimido y administrar con una pequeña cantidad de comida blanda. No administrar con yogur.	Puede tomarse con o sin comida. No tomar con productos lácteos ni con zumos de fruta enriquecidos con minerales.	
	LEVOFLOXACINO	Comprimidos	Triturar el comprimido y administrar con una pequeña cantidad de comida blanda. No administrar con yogur.	Puede tomarse con o sin comida. No tomar con productos lácteos ni con zumos de fruta enriquecidos con minerales.	
	NORFLOXACINO	Comprimidos	Triturar el comprimido y administrar con una pequeña cantidad de comida blanda. No administrar con yogur.	Puede tomarse con o sin comida. No tomar con productos lácteos ni con zumos de fruta enriquecidos con minerales. No tomar preparados que contengan cationes, como sales de hierro, antiácidos que contengan magnesio o aluminio, o alimentos ricos en calcio, durante las 2 horas anteriores o posteriores.	

J01X: OTROS ANTIBACTERIANOS		Recomendaciones administración			
Subgrupo terapéutico	Principio activo	Forma Farmacéutica	Triturar/dispersar	Alimentos	Alternativa/adaptación
J01XD: Imidazoles	METRONIDAZOL	Comprimidos	No triturar.	Administrar junto con las comidas.	Solución comercial
J01XX: Otros antibacterianos	FOSFOMICINA	Cápsulas Sobres	Abrrir la cápsula y administrar el polvo con una pequeña cantidad de comida. Diluir con agua y adicionar espesante. Compatible con espesante formulado con almidones modificados (datos propios).	Los alimentos disminuyen su absorción.	
J01XE: Otros antibacterianos derivados de nitrofurano	NITROFURANTOÍNA	Comprimidos	Triturar y administrar con una pequeña cantidad de comida.	Puede administrarse con las comidas o con leche.	
J01XX: Otros antibacterianos	LINEZOLID	Comprimidos	Triturar y tomar con una pequeña cantidad de comida.	Pueden tomarse con y sin alimentos.	
J02: ANTIMICÓTICOS PARA USO SISTÉMICO					
Subgrupo terapéutico	Principio activo	Forma Farmacéutica	Triturar/dispersar	Alimentos	Alternativa/adaptación
J02A: Antimicóticos para uso sistémico	FLUCONAZOL	Cápsulas	Abrrir la cápsula. Administrar con una pequeña cantidad de comida.	Puede administrarse con y sin comidas.	
J04: ANTITUBERCULOSOS					
Subgrupo terapéutico	Principio activo	Forma Farmacéutica	Triturar/dispersar	Alimentos	Alternativa/adaptación
J04A Fármacos para el tratamiento de la tuberculosis	ETAMBUTOL	Comprimidos	Triturar y administrar con una pequeña cantidad de comida.	Administrar en dosis única preferentemente por la mañana en ayunas.	
	RIFAMPICINA	Cápsulas Suspensión	No manipular. Mezclar con agua y espesar.	Administrar media hora antes de las comidas. Administrar media hora antes de las comidas.	De elección la suspensión.
	ISONIAZIDA/ RIFAMPICINA		Triturar y administrar con una pequeña cantidad de comida.	Administrar media hora antes de las comidas.	
	ISONIAZINA/RIFAMPICINA/PIRAZINAMIDA	Comprimidos	Consultar con el Servicio de Farmacia.	Administrar media hora antes de las comidas.	

J05: ANTIVIRALES DE USO SISTÉMICO														
		Recomendaciones administración												
Subgrupo terapéutico	Principio activo	Forma Farmacéutica	Recomendaciones administración											
J05A Antivirales de acción directa	VALACICLOVIR	Comprimidos	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Triturar/dispersar</th> <th>Alimentos</th> <th>Alternativa/adaptación</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Si se tritura proteger de la luz y administrar inmediatamente. El laboratorio no asegura la biodisponibilidad del fármaco. Administrar con una pequeña cantidad de comida blanda.</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Triturar/dispersar	Alimentos	Alternativa/adaptación	Si se tritura proteger de la luz y administrar inmediatamente. El laboratorio no asegura la biodisponibilidad del fármaco. Administrar con una pequeña cantidad de comida blanda.							
Triturar/dispersar	Alimentos	Alternativa/adaptación												
Si se tritura proteger de la luz y administrar inmediatamente. El laboratorio no asegura la biodisponibilidad del fármaco. Administrar con una pequeña cantidad de comida blanda.														
L1: AGENTES ANTINEOPLÁSICOS E INMUNOMODULADORES														
L01: AGENTES ANTINEOPLÁSICOS														
		Recomendaciones administración												
Subgrupo terapéutico	Principio activo	Forma Farmacéutica	Recomendaciones administración											
L01X. Otros agentes antineoplásicos	HIDROXICARBAMIDA	Cápsulas	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Triturar/dispersar</th> <th>Alimentos</th> <th>Alternativa/adaptación</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <p>Abir las cápsulas, dispersar su contenido en agua y mezclar con espesante.</p> <p>MANIPULACIÓN ESPECIAL: Administrar con doble guante. Cuando exista riesgo de salpicadura y/o inhalación, utilizar: bata, protección ocular e inhalatona.</p> </td> <td>Compatible con alimentos.</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Triturar/dispersar	Alimentos	Alternativa/adaptación	<p>Abir las cápsulas, dispersar su contenido en agua y mezclar con espesante.</p> <p>MANIPULACIÓN ESPECIAL: Administrar con doble guante. Cuando exista riesgo de salpicadura y/o inhalación, utilizar: bata, protección ocular e inhalatona.</p>	Compatible con alimentos.						
Triturar/dispersar	Alimentos	Alternativa/adaptación												
<p>Abir las cápsulas, dispersar su contenido en agua y mezclar con espesante.</p> <p>MANIPULACIÓN ESPECIAL: Administrar con doble guante. Cuando exista riesgo de salpicadura y/o inhalación, utilizar: bata, protección ocular e inhalatona.</p>	Compatible con alimentos.													
L02: TERAPIA ENDOCRINA														
L02A: HORMONAS Y AGENTES RELACIONADOS														
		Recomendaciones administración												
Subgrupo terapéutico	Principio activo	Forma Farmacéutica	Recomendaciones administración											
L02AB: Progestágenos	MEGESTROL ACETATO	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Comprimidos</th> <th>Triturar/dispersar</th> <th>Alimentos</th> <th>Alternativa/adaptación</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>No manipular.</td> <td>Se puede administrar con alimentos o con el estómago vacío. Las dosis más elevadas se administrarán con abundante líquido, antes de las comidas.</td> <td>Recurrir a la forma farmacéutica en sobres.</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Sobres</td> <td>Disolver en agua y mezclar la solución restante con espesante.</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Comprimidos	Triturar/dispersar	Alimentos	Alternativa/adaptación		No manipular.	Se puede administrar con alimentos o con el estómago vacío. Las dosis más elevadas se administrarán con abundante líquido, antes de las comidas.	Recurrir a la forma farmacéutica en sobres.		Sobres	Disolver en agua y mezclar la solución restante con espesante.	
Comprimidos	Triturar/dispersar	Alimentos	Alternativa/adaptación											
	No manipular.	Se puede administrar con alimentos o con el estómago vacío. Las dosis más elevadas se administrarán con abundante líquido, antes de las comidas.	Recurrir a la forma farmacéutica en sobres.											
	Sobres	Disolver en agua y mezclar la solución restante con espesante.												

L02B: ANTAGONISTAS DE HORMONAS Y AGENTES RELACIONADOS

		Recomendaciones administración			
Subgrupo terapéutico	Principio activo	Forma Farmacéutica	Triturar/dispersar	Alimentos	Alternativa/adaptación
L02BA. Antiestrógenos	TAMOXIFENO	Comprimidos	Pulverizar, dispersar en agua y mezclar con espesante. MANIPULACIÓN ESPECIAL: Administrar con doble guante. Cuando exista riesgo de salpicadura y/o inhalación, utilizar: bata, protección ocular e inhalatoria.	Administrar 1 h antes o 2 h después de la ingesta de alimentos.	
L02BB. Antiandrógenos	BICALUTAMIDA	Comprimidos	Pulverizar, dispersar en agua y mezclar con espesante. MANIPULACIÓN ESPECIAL: Administrar con doble guante. Cuando exista riesgo de salpicadura y/o inhalación, utilizar: bata, protección ocular e inhalatoria.	Compatible con alimentos.	
L02BG. Antagonistas hormonales. Inhibidores enzimáticos	LETROZOL	Comprimidos	Pulverizar, dispersar en agua y mezclar con espesante. También puede añadirse el comprimido pulverizado a una pequeña cantidad de comida blanda como puré, compota o crema. MANIPULACIÓN ESPECIAL: Solo afecta a personal en riesgo reproductivo. Administrar con doble guante. Cuando exista riesgo de salpicadura y/o inhalación, utilizar: bata, protección ocular e inhalatoria.	Compatible con alimentos.	
	ANASTROZOL	Comprimidos	Pulverizar, dispersar en agua y mezclar con espesante.	Compatible con alimentos.	

L04: INMUNOSUPRESORES

L04A: INMUNOSUPRESORES

		Recomendaciones administración			
Subgrupo terapéutico	Principio activo	Forma Farmacéutica	Triturar/dispersar	Alimentos	Alternativa/adaptación
L04AA: Inmunosupresores selectivos	LEFLUNOMIDA	Comprimidos	Dispersar comprimidos en agua y mezclar con espesante.	Compatible con alimentos.	
L04AX: Otros inmunosupresores	METOTREXATO	Comprimidos	Dispersar comprimidos en agua y mezclar con espesante. También puede añadirse el comprimido pulverizado a una pequeña cantidad de comida blanda como puré, compota o crema. MANIPULACIÓN ESPECIAL: Administrar con doble guante. Cuando exista riesgo de salpicadura y/o inhalación, utilizar: bata, protección ocular e inhalatoria.	Compatible con alimentos, excepto la leche que disminuye su absorción en un 40%.	



M: SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO

M01: ANTIINFLAMATORIOS Y ANTIRREUMÁTICOS NO ESTEROIDEOS

M01A: ANTIINFLAMATORIOS Y ANTIRREUMÁTICOS NO ESTEROIDEOS

		Recomendaciones administración			
Subgrupo terapéutico	Principio activo	Forma Farmacéutica	Triturar/dispersar	Alimentos	Alternativa/adaptación
M01AB: Derivados del ácido acético	DICLOFENACO	Comprimidos gastroresistentes	No pueden fraccionarse ni triturarse.	Puede causar irritación gastrointestinal, tomar con las comidas.	De elección los comprimidos
		Comprimidos dispersables	No deben triturarse. Colocar el comprimido directamente en la boca, donde se dispersará en menos de 3 minutos en saliva. Si la persona residente no puede tomar adecuadamente este comprimido por falta de salivación, se puede desleír en agua en una cuchara de postre para formar una pasta que se administrará en boca, o mezclada con una pequeña cantidad de puré, compota o crema.		
		Cápsulas	Abrir las cápsulas, dispersar su contenido en una pequeña cantidad de comida blanda tipo puré, compota o crema.	Compatible con alimentos.	
M01AC: Antiinflamatorios: Oxicamas	CELECOXIB	Cápsulas	No manipular. Diluir en agua y mezclar con espesante.	La administración con alimentos retrasa la velocidad de absorción. Administrar 30 min antes de las comidas.	De elección polvo para solución oral.
M01AE: Antiinflamatorios derivados de ácido propiónico	IBUPROFENO	Comprimidos	Pueden ser pulverizados y dispersarse en una pequeña cantidad de comida blanda tipo puré, compota o crema, pero tienen un sabor amargo desagradable.	Administrar durante las comidas.	De elección la formulación en polvo.
		Sobres	Diluir el polvo en agua y mezclar con espesante a base de gomas, incompatible con espesante de almidón. O bien mezclar el polvo directamente con comida blanda tipo puré, compota o crema.		

M03: RELAJANTES MUSCULARES

M03B: AGENTES RELAJANTES DE ACCIÓN CENTRAL

		Recomendaciones administración			
Subgrupo terapéutico	Principio activo	Forma Farmacéutica	Triturar/dispersar	Alimentos	Alternativa/adaptación
M03BX: Otros agentes de acción central	BACLOFENO	Comprimidos	Triturar y administrar mezclado con un poco de comida blanda tipo puré, compota o crema.	Tomar durante las comidas.	

M04: ANTIGOTOSOS				
M04A: ANTIGOTOSOS				
Recomendaciones administración				
Subgrupo terapéutico	Principio activo	Forma Farmacéutica	Triturar/dispersar	Alimentos
M04AA: Inhibidores de la síntesis de ác. úrico	ALOPURINOL	Comprimidos	Pulverizar, dispersar en agua y mezclar con espesante. También puede añadirse el comprimido pulverizado a una pequeña cantidad de comida blanda como puré, compota o crema.	Tomar en alguna comida junto con alimentos.
M04AC: Sin acción sobre ác. úrico	COLCHICINA	Gránulos	El principio activo es muy irritante, no se recomienda triturar, mejor desleír en agua y mezclar la pasta con una pequeña cantidad de puré, compota o crema.	Tomar con alimentos.
M05: FÁRMACOS PARA EL TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES ÓSEAS				
M05B: AGENTES QUE AFECTAN A LA ESTRUCTURA ÓSEA Y MINERALIZACIÓN				
Recomendaciones administración				
Subgrupo terapéutico	Principio activo	Forma Farmacéutica	Triturar/dispersar	Alimentos
M05BA: Bifosfonatos	IBANDRÓNICO ÁCIDO RISEDRONICO ÁCIDO GASTRORRESISTENTE	Comprimidos Comprimidos gastroresistentes	No triturar, no utilizar. No triturar, no utilizar.	Alternativa/adaptación

N. SISTEMA NERVIOSO

N02: ANALGÉSICOS

		Recomendaciones administración				
Subgrupo terapéutico	Principio activo	Forma Farmacéutica	Triturar/dispersar	Alimentos	Alternativa/adaptación	
N02A: Analgésicos opioides	FENTANILO	Comprimidos sublinguales	Administración directa debajo de la lengua en la parte más profunda sin masticar ni chupar. Se puede humedecer previamente la mucosa oral con unas gotas de agua, si existe sequedad bucal. También se puede desleír el comprimido en agua en una cuchara de postre para formar una pasta que se administrará en boca.	No administrar ni bebida ni alimentos hasta su completa absorción.		
	MORFINA	Comprimidos	Disgregar y mezclar con un poco de comida blanda tipo puré, compota o crema.	Puede administrarse con o sin alimentos, pero siempre debe procederse de la misma manera.	De elección la solución oral	
		Comprimidos retard	No triturar, ni dividir ni masticar.		La alternativa es sustituir los comprimidos retard por comprimidos de liberación rápida (misma dosis total diaria repartida cada 6 horas) o la solución oral.	
	TAPENTADOL	Solución oral	Mezclar con un poco de comida blanda tipo puré, compota o crema.	Puede tomarse con o sin alimentos.	Valorar el empleo de una alternativa terapéutica.	
N02B: Otros analgésicos y antiinflamatorios	TRAMADOL	Comprimidos recubiertos	No manipular.			
		Comprimidos liberación prolongada	No manipular.			
		Cápsulas	Las cápsulas pueden abrirse y espolvorear su contenido en un poco de comida blanda tipo puré, compota o crema.	Puede tomarse como sin alimentos.	De elección el empleo de la solución oral. Sustituir los comp retard por cápsulas de liberación normal (misma dosis total diaria repartida cada 6-8 horas) o la solución oral.	
		Comprimidos retard	No manipular.			
	Solución oral	Administrar directamente o mezclando la dosis indicada con un poco de comida blanda tipo puré, compota o crema.				
N02B: Otros analgésicos y antiinflamatorios	METAMIZOL	Cápsulas	Abrir la cápsula y espolvorear su contenido en un poco de comida blanda tipo puré, compota o crema.	Con alimentos disminuye la intolerancia gastrointestinal.		
	PARACETAMOL	Comprimidos	Se pueden triturar y espolvorear en un poco de comida blanda tipo puré, compota o crema.	Administrar con o sin alimentos.	De elección los sobres o los supositorios.	
		Sobres	Mezclar con agua, desgasificar y administrar con espesante. También se pueden espolvorear sobre un poco de comida blanda tipo puré, compota o crema.			
	PARACETAMOL/TRAMADOL	Comprimidos	No triturar, ni fraccionar ni masticar.		De elección los comprimidos efervescentes.	

N03. ANTIIEPILÉPTICOS		N03A: ANTIIEPILÉPTICOS		Recomendaciones administración		
Subgrupo terapéutico	Principio activo	Forma Farmacéutica	Triturar/dispersar	Alimentos	Alternativa/adaptación	
N03AA: Barbitúricos y derivados	FENOBARBITAL	Comprimidos	Se pueden triturar y espolvorear en un poco de comida blanda tipo puré, compota o crema.	Puede administrarse con o sin alimentos.		
N03AB: Derivados de la hidantoína	FENITOÍNA	Comprimidos	Se pueden triturar y espolvorear en un poco de comida blanda tipo puré, compota o crema.	Puede administrarse con o sin alimentos.	De elección las gotas orales.	
N03AE: Derivados de la benzodiazepina	CLONAZEPAM	Comprimidos	Se pueden triturar y espolvorear en un poco de comida blanda tipo puré, compota o crema. MANIPULAR CON PRECAUCIÓN: Solo afecta a personal en riesgo reproductivo: administrar con guante simple. Si es necesario fraccionar o triturar, utilizar la solución oral, NIOSH motivo 2.	Puede administrarse con o sin alimentos.		
N03AF: Derivados de la carboxamida	CARBAMAZEPINA	Solución oral	La solución puede mezclarse con un poco de comida blanda tipo puré, compota o crema.			
	OXCARBACEPINA	Comprimidos	Se pueden triturar y espolvorear en un poco de comida blanda tipo puré, compota o crema.	Si se toma con alimentos mejora la biodisponibilidad. Evitar el pomelo.		
		Solución oral	La solución puede mezclarse con un poco de comida blanda tipo puré, compota o crema.	Puede administrarse con o sin alimentos. Evitar el pomelo.	De elección la solución oral.	
N03AG: Derivados de los ácidos grasos	VALPROÍCO ÁCIDO	Grageas Comprimidos retard	Las formas crono o de liberación prolongada deben sustituirse por formas convencionales ajustando posología (misma dosis total diaria repartida cada 8 h monitorizando niveles plasmáticos). MANIPULAR CON PRECAUCIÓN: Solo afecta a personal en riesgo reproductivo: administrar con guante simple. Si es necesario fraccionar o triturar, utilizar la solución oral, NIOSH motivo 2.	Administrar con alimentos para reducir la intolerancia gastrointestinal.	De elección la solución oral.	
		Solución oral	Puede mezclarse con un poco de comida blanda tipo puré, compota o crema. También puede utilizarse la solución diluida en agua y mezclada con espesante de almidón modificado.			

N03. ANTIEPILEPTICOS		Recomendaciones administración			
Subgrupo terapéutico	Principio activo	Forma Farmacéutica	Triturar/dispersar	Alimentos	Alternativa/adaptación
N03AX: Otros antiepilepticos	GABAPENTINA	Cápsulas Comprimidos	<p>Abrir la cápsula y espolvorear su contenido en un poco de comida blanda tipo puré, compota o crema.</p> <p>Se pueden triturar y espolvorear en un poco de comida blanda tipo puré, compota o crema.</p>	Administrar con alimentos, puede reducir la intolerancia gastrointestinal.	
	LACOSAMIDA	Comprimidos	Se pueden triturar y espolvorear en un poco de comida blanda tipo puré, compota o crema. También pueden triturarse, diluir en 15-20 ml de agua y mezclarse con espesante.	Puede tomarse con o sin alimentos.	
	LAMOTRIGINA	Comprimidos	Desleír en agua y espesar, o bien mezclar con un poco de comida blanda tipo puré, compota o crema.	Puede administrarse con o sin alimentos.	
	LEVETIRACETAM	Comprimidos	Se pueden triturar y espolvorear en un poco de comida blanda tipo puré, compota o crema. También pueden triturarse, diluir en 15-20 ml de agua y mezclarse con espesante.	Puede administrarse con o sin alimentos.	De elección la solución oral o los sobres adaptando su textura.
		Sobres	Pueden espolvorearse sobre un poco de comida blanda tipo puré, compota o crema. También pueden disolverse en agua y mezclarse con espesante de almidón modificado.		
		Solución oral	Puede mezclarse con un poco de comida blanda tipo puré, compota o crema. También puede utilizarse la solución diluida en agua y mezclada con espesante de almidón modificado.		
PREGABALINA	Cápsulas	Abrir la cápsula y espolvorear su contenido en un poco de comida blanda tipo puré, compota o crema. No triturar los microgránulos contenidos dentro de la cápsula.		Puede administrarse con o sin alimentos.	
TOPIRAMATO	Comprimidos	Se pueden triturar y espolvorear en un poco de comida blanda tipo puré, compota o crema. También se pueden desleír en 15-20 ml de agua (tarda 10 min en disolverse) y mezclarse con espesante. MANIPULAR CON PRECAUCIÓN: Solo afecta a personal en riesgo reproductivo: administrar con guante simple. NIOSH motivo 2.		Puede administrarse con o sin alimentos.	
ZONISAMIDA	Cápsulas	Abrir la cápsula y espolvorear su contenido en un poco de comida blanda tipo puré, compota o crema. MANIPULAR CON PRECAUCIÓN: Solo afecta a personal en riesgo reproductivo: administrar con doble guante, bata y mascarilla. NIOSH motivo 3.			

N04. ANTIPARKINSONIANOS			
N04A: AGENTES ANTICOLINÉRGICOS			
		Recomendaciones administración	
Subgrupo terapéutico	Principio activo	Forma Farmacéutica	Recomendaciones administración
N04AA: Aminas terciarias	BIPERIDENO	Comprimidos	Triturar/dispersar Se pueden triturar y espolvorear en un poco de comida blanda tipo puré, compota o crema.
		Grageas retard	Las formas crono deben sustituirse por formas convencionales ajustando posología (misma dosis total diaria repartida cada 8 h).
N04AB: AGENTES DOPAMINÉRGICOS			
		Recomendaciones administración	
Subgrupo terapéutico	Principio activo	Forma Farmacéutica	Recomendaciones administración
N04BA: Dopa y derivados de la dopa	LEVODOPA/CARBIDOPA	Comprimidos	Triturar/dispersar Se pueden triturar y espolvorear en un poco de comida blanda tipo puré, compota o crema. También pueden desleírse en agua y mezclarse con espesante.
		Comprimidos retard	No pueden ser manipulados. Sustituir por formas convencionales ajustando la posología.
N04BC: Agonistas dopaminérgicos	LEVODOPA/CARBIDOPA/ENTACAPONA	Comprimidos	Triturar y mezclar con agua y espesante con riesgo de pérdida de estabilidad de los componentes al triturar los comprimidos.
		Comprimidos	Se pueden triturar y espolvorear en un poco de comida blanda tipo puré, compota o crema. También pueden pulverizarse en 10 ml de agua y mezclarse con espesante. MANIPULAR CON PRECAUCIÓN: personal en riesgo reproductivo: administrar con guante simple.
	PRAMIPEXOL	Comprimidos	Se pueden triturar y espolvorear en un poco de comida blanda tipo puré, compota o crema. También pueden pulverizarse en 15-20 ml de agua y mezclarse con espesante.
		Comprimidos lib. prolongada	No pueden manipularse.
	ROPIRINOL	Comprimidos	Se pueden triturar y espolvorear en un poco de comida blanda tipo puré, compota o crema. También pueden pulverizarse en 15-20 ml de agua y mezclarse con espesante.
		Comprimidos lib. prolongada	No pueden manipularse.

N04AB: AGENTES DOPAMINÉRGICOS							
Subgrupo terapéutico		Principio activo	Forma Farmacéutica	Triturar/dispersar	Alimentos	Recomendaciones administración	Alternativa/adaptación
N04BD: Inhibidores de la monoaminoxidasa B	RASAGILINA	Comprimidos	Se pueden triturar y espolvorear en un poco de comida blanda tipo puré, compota o crema. MANIPULACIÓN ESPECIAL: Si hay que fraccionar o triturar, hacerlo con doble guante, bata y mascarilla. Administrar con guante simple, NIOSH motivo 2.	Puede administrarse con o sin alimentos.			
	SAFINAMIDA	Comprimidos	No hay datos disponibles, ni en las guías de manipulación de fármacos consultadas, ni tras consultar al laboratorio distribuidor.	Puede administrarse con o sin alimentos.			
N05. PSICOLÉPTICOS							
N05A: ANTIPSICÓTICOS							
Subgrupo terapéutico		Principio activo	Forma Farmacéutica	Triturar/dispersar	Alimentos	Recomendaciones administración	Alternativa/adaptación
N05AA: Fenotiazinas alifáticas		CLORPROMAZINA	Comprimidos	Se pueden pulverizar y espolvorear en un poco de comida blanda tipo puré, compota o crema. También pueden pulverizarse, dispersarse en 10 ml de agua y mezclarse con espesante.	Puede administrarse con o sin alimentos.		De elección la solución oral.
			Gotas orales	Administrar directamente; o mezclar la dosis indicada con un poco de comida blanda tipo puré, compota o crema. También puede utilizarse la solución diluida en agua y mezclada con espesante.			
N05AC: Fenotiazinas con estructura piperdínica		LEVOMEPROMAZINA	Comprimidos	Deleir en agua, tarda en disolverse 10 min. Puede mezclarse con puré, compota o crema.	Administrar preferentemente con alimentos. Evitar lácteos y sus derivados.		De elección las gotas orales.
			Gotas orales	Administrar directamente; o mezclar la dosis indicada con un poco de comida blanda tipo puré, compota o crema. También puede utilizarse la solución diluida en agua y mezclada con espesante.			
N05AD: Butirofenonas		PERICIAZINA	Comprimidos	Se pueden pulverizar, dispersar en 10 ml de agua y mezclar con espesante.			
		HALOPERIDOL	Comprimidos	Se pueden pulverizar y espolvorear en un poco de comida blanda tipo puré, compota o crema.	Administrar con alimentos para reducir la intolerancia gastrointestinal.		De elección las gotas orales.
			Gotas orales	Administrar directamente; o mezclar la dosis indicada con un poco de comida blanda tipo puré, compota o crema.			
N05AE: Derivados del indol		ZIPRASIDONA	Cápsulas	No se pueden manipular.	Administrar con alimentos.		Buscar una alternativa terapéutica.
N05AF: Derivados del tioxanteno		ZUCLOPENTIXOL	Comprimidos	Se pueden pulverizar, dispersar en 10 ml de agua y mezclar con espesante.			De elección las gotas orales.
			Gotas orales	Administrar directamente; o mezclar la dosis con un poco de comida blanda tipo puré, compota o crema. También puede utilizarse la solución diluida en agua y mezclada con espesante.			

N05. PSICOLÉPTICOS		Recomendaciones administración			
N05A: ANTIPSICÓTICOS					
Subgrupo terapéutico	Principio activo	Forma Farmacéutica	Triturar/dispersar	Alimentos	Alternativa/adaptación
N05AH: Diazepinas, oxazepinas, tiazepinas y oxequinas	CLOTTAPINA	Comprimidos	Pulverizar y dispersar en 10 ml de agua o mezclar con una pequeña cantidad de comida blanda tipo puré, compota o crema.	Puede administrarse con o sin alimentos.	
	CLOZAPINA	Comprimidos	Pulverizar y dispersar en 10 ml de agua y espesar, o mezclar con una pequeña cantidad de comida blanda tipo puré, compota o crema.	Puede administrarse con o sin alimentos.	
	OLANZAPINA	Comprimidos	Pulverizar y dispersar en 10 ml de agua y espesar, o mezclar con una pequeña cantidad de comida blanda tipo puré, compota o crema.	Puede administrarse con o sin alimentos.	De elección los comprimidos bucodispersables.
		Comprimidos bucodispersables	Colocar el comprimido directamente en la boca, donde se dispersará en menos de 3 minutos en saliva. Si la persona residente no puede tomar adecuadamente este comprimido por falta de salivación, se puede desleír en agua en una cuchara de postre para formar una pasta que se administrará en boca, o mezclada con una pequeña cantidad de puré, compota o crema.		
N05AL: Benzamidas	QUETIAPINA	Comprimidos	Se pueden pulverizar y espolvorear en un poco de comida blanda tipo puré, compota o crema.	Puede administrarse con o sin alimentos.	
		Comprimidos lib. prolongada	No pueden ser manipulados. Sustituir por formas convencionales ajustando la posología.		
	AMISULPRIDA	Comprimidos	Se pueden pulverizar, dispersar en 10 ml de agua y mezclar con espesante.	Puede administrarse con o sin alimentos, pero preferiblemente administrar antes de las comidas.	De elección la solución oral.
		Solución oral	Puede utilizarse la solución directamente, o diluida en agua y mezclada con espesante.		
	SULPIRIDE	Cápsulas	Abir las cápsulas, dispersar su contenido en 20 ml de agua y añadir espesante.	Administrar separadamente de las comidas.	
N05AN: Litio	TIAPRIDA	Comprimidos	Pulverizar y dispersar en 20 mL de agua y espesar, o mezclar con una pequeña cantidad de comida blanda tipo puré, compota o crema.	Si se administra con alimentos, incrementa la C _{máx} en un 20%.	De elección las gotas orales.
		Gotas orales	Administrar directamente; o mezclar la dosis indicada con un poco de comida blanda tipo puré, compota o crema. También puede utilizarse la solución diluida en agua y mezclada con espesante.		
	LITIO CARBONATO	Comprimidos	No se pueden triturar.		Valorar cambio de especialidad.

N05. PSICOLÉPTICOS		Recomendaciones administración			
N05A: ANTIPSICÓTICOS					
Subgrupo terapéutico	Principio activo	Forma Farmacéutica	Triturar/dispersar	Alimentos	Alternativa/adaptación
N05AX: Otros antipsicóticos	ARIPIPRAZOL	Comprimidos Comprimidos bucodispersables	Desleír en agua. Puede mezclarse con una pequeña cantidad de comida blanda tipo puré, compota o crema. Colocar el comprimido directamente en la boca, donde se dispersará en menos de 3 minutos en saliva. Si la persona residente no puede tomar adecuadamente este comprimido por falta de salivación, se puede desleír en agua en una cuchara de postre para formar una pasta que se administrará en boca, o mezclada con una pequeña cantidad de puré, compota o crema.	Puede administrarse con o sin alimentos.	De elección los comprimidos bucodispersables.
	PALIPERIDONA	Comprimidos lib. prolongada	No se pueden triturar.	Puede administrarse con o sin alimentos, pero siempre de la misma manera.	Buscar una alternativa terapéutica si no se puede emplear la suspensión inyectable de liberación prolongada.
	RISPERIDONA	Comprimidos Comprimidos bucodispersables	No triturar. Colocar el comprimido directamente en la boca, donde se dispersará en menos de 3 minutos en saliva. Si la persona residente no puede tomar adecuadamente este comprimido por falta de salivación, se puede desleír en agua en una cuchara de postre para formar una pasta que se administrará en boca, o mezclada con una pequeña cantidad de puré, compota o crema.	Administrar con o sin alimentos	De elección los comprimidos bucodispersables o la solución oral.
		Solución oral	Administrar directamente; o mezclar la dosis indicada con un poco de comida blanda tipo puré, compota o crema. También puede utilizarse la solución diluida en agua y mezclada con espesante.		

Subgrupo terapéutico		Principio activo	Forma Farmacéutica	Triturar/dispersar	Recomendaciones administración	
					Alimentos	Alternativa/adaptación
N05BA: Derivados de la benzodiazepina	la	ALPRAZOLAM	Comprimidos Comprimidos retard	Pulverizar y mezclar con una pequeña cantidad de comida blanda tipo puré, compota o crema. No pueden ser manipulados. Sustituir por formas convencionales ajustando la posología.	Puede administrarse con o sin alimentos.	
		CLOBAZAM	Comprimidos	Pulverizar y mezclar con una pequeña cantidad de comida blanda tipo puré, compota o crema.	Puede administrarse con o sin alimentos.	
		CLORAZEPATO POTÁSICO	Cápsulas	Abrir, dispersar en 10 ml de agua y espesar, o mezclar con una pequeña cantidad de comida blanda tipo puré, compota o crema.	Puede administrarse con o sin alimentos.	De elección la forma farmacéutica en cápsulas.
			Sobres	Dispersar el contenido en 10 ml de agua y espesar, o mezclar con una pequeña cantidad de comida blanda tipo puré, compota o crema.		
			Comprimidos	Pulverizar, dispersar en 10 ml de agua y espesar, o mezclar con una pequeña cantidad de comida blanda tipo puré, compota o crema.		
		LORMETAZEPAM	comprimidos	Pulverizar, dispersar en 10 ml de agua y espesar, o mezclar con una pequeña cantidad de comida blanda tipo puré, compota o crema. También pueden desleírse los comprimidos en agua y espesar posteriormente.	Administrar con o sin alimentos.	
		DIAZEPAM	Comprimidos	Pulverizar, dispersar en 10 ml de agua y espesar, o mezclar con una pequeña cantidad de comida blanda tipo puré, compota o crema.	Si se administra con alimentos, mejora la biodisponibilidad.	
		KETAZOLAM	Cápsulas	Abrir la cápsula y mezclar con una pequeña cantidad de comida blanda tipo puré, compota o crema.		
		LORAZEPAM	Comprimidos	Pulverizar, dispersar en 10 ml de agua y espesar, o mezclar con una pequeña cantidad de comida blanda tipo puré, compota o crema. También pueden desleírse los comprimidos en agua y espesar posteriormente.	Administrar con o sin alimentos.	
		N05BB: Derivados del difenilmetano		HIDROXICINA	Grageas	Pulverizar, dispersar en 10 ml de agua y espesar, o bien mezclar las grageas pulverizadas con una pequeña cantidad de comida blanda tipo puré, compota o crema. Es bastante amargo.



**GENERALITAT
VALENCIANA**

Vicepresidència i Conselleria
d'Igualtat i Polítiques Inclusives



**SISTEMA PÚBLIC
VALENCIA DE
SERVEIS SOCIALS**

N05C: HIPNÓTICOS Y SEDANTES

		Recomendaciones administración			
Subgrupo terapéutico	Principio activo	Forma Farmacéutica	Triturar/dispersar	Alimentos	Alternativa/adaptación
N05CD: Benzodiazepinas	FLURAZEPAM	Cápsulas	Abri la càpsula, dispersar en 20 ml de agua y espesar.	Administrar preferentemente sin alimentos.	
	MIDAZOLAM	Comprimidos	Pulverizar y mezclar con una pequeña cantidad de comida blanda tipo puré, compota o crema.	Puede administrarse con o sin alimentos.	
		Ampollas	No procede.		Las ampollas pueden diluirse en 5 ml de agua y mezclar con puré, compota o crema.
N05CF: Fármacos relacionados con las benzodiazepinas	ZOLPIDEM	Comprimidos	Pulverizar y mezclar con una pequeña cantidad de comida blanda tipo puré, compota o crema. También pueden mezclarse con agua los comprimidos triturados y espesar posteriormente.	Puede administrarse con o sin alimentos.	
			Extraer el contenido de la càpsula y mezclar con una pequeña cantidad de puré, compota o crema.	Puede administrarse con o sin alimentos.	
N05CM: Otros hipnóticos y sedantes	CLOMETIAZOL	Cápsulas			

N06. PSICOANALÉPTICOS		Recomendaciones administración			
N06A: ANTIDEPRESIVOS					
Subgrupo terapéutico	Principio activo	Forma Farmacéutica	Triturar/dispersar	Alimentos	Alternativa/adaptación
N06AA: Inhibidores no selectivos de la recaptación de monoaminas	AMITRIPTILINA	Comprimidos	Pulverizar y mezclar con una pequeña cantidad de comida blanda tipo puré, compota o crema. También pueden mezclarse los comprimidos triturados con 10 ml de agua y espesar posteriormente.	Puede administrarse con o sin alimentos.	
	N06AB: Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina	Comprimidos	Pulverizar y mezclar con una pequeña cantidad de comida blanda tipo puré, compota o crema. También pueden mezclarse los comprimidos triturados con 10 ml de agua y espesar posteriormente.	Puede administrarse con o sin alimentos.	De elección los comprimidos bucodispersables.
FLUOXETINA	FLUOXETINA	Comprimidos bucodispersables	Colocar el comprimido directamente en la boca, donde se dispersará en menos de 3 minutos en saliva. Si no lo puede tomar adecuadamente, se puede desleír en agua en una cuchara de postre para formar una pasta que se administrará en boca, o mezclada con una pequeña cantidad de puré, compota o crema.		
		Cápsulas	Abir la cápsula y mezclar con una pequeña cantidad de comida blanda tipo puré, compota o crema. También puede abrirse la cápsula, dispersar en 20 ml de agua y espesar.	Puede administrarse con o sin alimentos.	De elección los comprimidos bucodispersables o la solución oral.
		Comprimidos bucodispersables	Colocar el comprimido directamente en la boca, donde se dispersará en menos de 3 minutos en saliva. Si no lo puede tomar adecuadamente, se puede desleír en agua en una cuchara de postre para formar una pasta que se administrará en boca, o mezclada con una pequeña cantidad de puré, compota o crema.		
PAROXETINA	PAROXETINA	Solución oral	Administrar directamente; o mezclar la dosis indicada con un poco de comida blanda tipo puré, compota o crema. También puede utilizarse la solución diluida en agua y mezclada con espesante.		
		Comprimidos	Pulverizar y mezclar con una pequeña cantidad de comida blanda tipo puré, compota o crema. También pueden mezclarse los comprimidos triturados con 10 ml de agua y espesar posteriormente. MANTENER CON PRECAUCIÓN: Solo afecta a personal en riesgo reproductivo: administrar con guante simple. NIOSH motivo 2.	Se recomienda administrar con alimentos, preferiblemente en el desayuno.	
SERTRALINA	SERTRALINA	Comprimidos	Desleír en agua y disolver, puede mezclarse con una pequeña cantidad de puré, compota o crema.	Puede administrarse con o sin alimentos.	De elección la solución oral
		Solución oral	Administrar directamente; o mezclar la dosis indicada con un poco de comida blanda tipo puré, compota o crema. También puede utilizarse la solución diluida en agua y mezclada con espesante.		

N06. PSICOANALÉPTICOS		Recomendaciones administración			
N06A: ANTIDEPRESIVOS					
Subgrupo terapéutico	Principio activo	Forma Farmacéutica	Triturar/dispersar	Alimentos	Alternativa/adaptación
N06AX: Otros antidepresivos	DULOXETINA	Cápsulas	Abrir la cápsula, no triturar el granulado que contiene, y dispersar en 10 ml de bicarbonato sódico 1M. Seguidamente mezclar con puré, compota o crema.	Puede administrarse con o sin alimentos.	
	MIANSERINA	Comprimidos	Pulverizar y mezclar con una pequeña cantidad de comida blanda tipo puré, compota o crema.	Puede administrarse con o sin alimentos.	
	MIRTAZAPINA	Comprimidos bucodispersables	Colocar el comprimido directamente en la boca, donde se dispersará en menos de 3 minutos en saliva. Si la persona residente no puede tomar adecuadamente este comprimido por falta de salvación, se puede desleír en agua en una cuchara de postre para formar una pasta que se administrará en boca, o mezclada con una pequeña cantidad de puré, compota o crema.	Puede administrarse con o sin alimentos.	
	TRAZODONA	Comprimidos	Pulverizar y mezclar con una pequeña cantidad de comida blanda tipo puré, compota o crema.	Preferiblemente administrar tras las comidas.	
	VENLAFAXINA	Comprimidos Cápsulas retard	Pulverizar y mezclar con una pequeña cantidad de comida blanda tipo puré, compota o crema. No pueden ser manipulados. Sustituir por formas convencionales ajustando la posología.	Administrar con alimentos.	De elección los comprimidos de liberación inmediata.
VORTOXETINA	Comprimidos Solución oral	Comprimidos Solución oral	Pulverizar y mezclar con una pequeña cantidad de comida blanda tipo puré, compota o crema. Sabor amargo. También pueden mezclarse los comprimidos triturados con agua y espesar posteriormente. Administrar directamente; o mezclar la dosis indicada con un poco de comida blanda tipo puré, compota o crema. También puede utilizarse la solución diluida en agua y mezclada con espesante.	Puede administrarse con o sin alimentos.	De elección la solución oral.

		Recomendaciones administración			
Subgrupo terapéutico	Principio activo	Forma Farmacéutica	Triturar/dispersar	Alimentos	Alternativa/adaptación
N06DA: Anticolinésterasas	DONEPEZILO	Comprimidos	Pulverizar y mezclar con una pequeña cantidad de comida blanda tipo puré, compota o crema.	Se puede administrar con o sin alimentos, preferentemente por la noche.	De elección los comprimidos bucodispersables.
		Comprimidos bucodispersables	Colocar el comprimido directamente en la boca, donde se dispersará en menos de 3 minutos en saliva. Si la persona residente no puede tomar adecuadamente este comprimido por falta de salivación, se puede desleír en agua en una cuchara de postre para formar una pasta que se administrará en boca, o mezclada con una pequeña cantidad de puré, compota o crema.		
		Cápsulas retard	No pueden ser manipulados. Sustituir por formas convencionales ajustando la posología.	Administrar con alimentos.	De elección la solución oral.
N06DX: Otros fármacos antidepresión	RIVASTIGMINA	Solución oral	Administrar directamente; o mezclar la dosis indicada con un poco de comida blanda tipo puré, compota o crema. También puede utilizarse la solución diluida en agua y mezclada con espesante.		
		Cápsulas	No pueden manipularse.	Administrar con alimentos para evitar molestias gastrointestinales.	De elección los parches transdérmicos o la solución oral.
		Solución oral	Administrar directamente; o mezclar la dosis indicada con un poco de comida blanda tipo puré, compota o crema. También puede utilizarse la solución diluida en agua y mezclada con espesante.		
N06DX: Otros fármacos antidepresión	MEMANTINA	Comprimidos	Pulverizar y mezclar con una pequeña cantidad de comida blanda tipo puré, compota o crema.	Se puede administrar con o sin alimentos.	De elección los comprimidos bucodispersables o la solución oral.
		Comprimidos bucodispersables	Colocar el comprimido directamente en la boca, donde se dispersará en menos de 3 minutos en saliva. Si la persona residente no puede tomar adecuadamente este comprimido por falta de salivación, se puede desleír en agua en una cuchara de postre para formar una pasta que se administrará en boca, o mezclada con una pequeña cantidad de puré, compota o crema.		
		Solución oral	Administrar directamente; o mezclar la dosis indicada con un poco de comida blanda tipo puré, compota o crema. También puede utilizarse la solución diluida en agua y mezclada con espesante.		

N07. OTROS FÁRMACOS QUE ACTÚAN SOBRE EL SISTEMA NERVIOSO

N07B: FÁRMACOS USADOS EN DESÓRDENES ADICTIVOS

		Recomendaciones administración		
Subgrupo terapéutico	Principio activo	Forma Farmacéutica	Triturar/dispersar	Alimentos
N07BB: Fármacos usados en la dependencia al alcohol	NALTREXONA	Comprimidos	Pulverizar y mezclar con una pequeña cantidad de comida blanda tipo puré, compota o crema.	Puede administrarse con o sin alimentos.

N07C: PREPARADOS CONTRA EL VÉRTIGO

		Recomendaciones administración		
Subgrupo terapéutico	Principio activo	Forma Farmacéutica	Triturar/dispersar	Alimentos
N07CA: Preparados contra el vértigo	BETAHISTINA	Comprimidos Solución oral	Pulverizar y mezclar con una pequeña cantidad de comida blanda tipo puré, compota o crema. También pueden mezclarse los comprimidos triturados con 10 ml de agua y esperar posteriormente. Administrar directamente; o mezclar la dosis indicada con un poco de comida blanda tipo puré, compota o crema. También puede utilizarse la solución diluida en agua y mezclada con espesante.	Puede administrarse junto con las comidas o después de estas. De elección la solución oral.

P. PRODUCTOS ANTIPARASITARIOS, INSECTICIDAS Y REPELENTE

P02: ANTIHELMÍNTICOS

		Recomendaciones administración		
Subgrupo terapéutico	Principio activo	Forma Farmacéutica	Triturar/dispersar	Alimentos
P02CA: Benzoimidazoles	MEBENDAZOL	Comprimidos Suspensión oral	El comprimido se puede pulverizar y dispersar en 10ml de agua. También es posible poner el comprimido en una cuchara sopera, añadir 2ml de agua y esperar a que la pastilla se embeba de agua, se forma una pasta que con comida blanda (puré, compota o crema)se puede tragar. Administrar directamente; o mezclar la dosis indicada con un poco de comida blanda tipo puré, compota o crema.	La biodisponibilidad de mebendazol se ve ligeramente aumentada cuando se administra junto con comidas con un alto contenido en grasas. De elección la suspensión oral.

R. SISTEMA RESPIRATORIO					
R03: AGENTES CONTRA PADECIMIENTOS OBSTRUCTIVOS DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS					
Recomendaciones administración					
Subgrupo terapéutico	Principio activo	Forma Farmacéutica	Triturar/dispersar	Alimentos	Alternativa/adaptación
R03DX: Otros agentes contra padecimientos obstructivos de las vías respiratorias	ROFLUMILAST	Comprimidos	No existe información sobre manipulación del fármaco y el laboratorio no lo recomienda.	Puede tomarse con o sin alimentos.	Valorar el empleo de una alternativa terapéutica.
R05. PREPARADOS PARA LA TOS Y EL RESFRIADO					
R05C: EXPECTORANTES, EXCLUYENDO COMBINACIONES CON SUPRESORES DE LA TOS					
Recomendaciones administración					
Subgrupo terapéutico	Principio activo	Forma Farmacéutica	Triturar/dispersar	Alimentos	Alternativa/adaptación
R05CB: Mucolíticos	N-ACETILCISTEÍNA	Sobres Comprimidos efervescentes	Disolver en agua y administrar una vez haya cesado la efervescencia, mezclar con espesante.	Se recomienda tomas junto con alimentos.	
R05D: SUPRESORES DE LA TOS EXCLUYENDO COMBINACIONES CON ESPECTORANTES					
Recomendaciones administración					
Subgrupo terapéutico	Principio activo	Forma Farmacéutica	Triturar/dispersar	Alimentos	Alternativa/adaptación
R05DA: Alcaloides del opio y derivados	DEXTROMETORFANO	Jarabe Comprimidos	Administrar directamente; o mezclar la dosis indicada con un poco de comida blanda tipo puré, compota o crema. Pulverizar y mezclar con una pequeña cantidad de comida blanda tipo puré, compota o crema.	Puede tomarse con o sin alimentos. Evitar el zumo de pomelo o naranja amarga, ya que pueden incrementar los niveles plasmáticos de dextrometorfano.	De elección el jarabe.
R05DB: Otros supresores de la tos	CLOPERASTINA	Jarabe Comprimidos recubiertos	Administrar directamente; o mezclar la dosis indicada con un poco de comida blanda tipo puré, compota o crema. Pulverizar y mezclar con una pequeña cantidad de comida blanda tipo puré, compota o crema. También pueden mezclarse los comprimidos triturados con 10 ml de agua y espesar posteriormente.	Puede tomarse con o sin alimentos.	De elección el jarabe.

R06. ANTIHISTAMÍNICOS PARA USO SISTÉMICO

R06A: ANTIHISTAMÍNICOS PARA USO SISTÉMICO

					Recomendaciones administración	
Subgrupo terapéutico	Principio activo	Forma Farmacéutica	Triturar/dispersar	Alimentos	Alternativa/adaptación	
R06AB: Alquilaminas sustituidas	DEXCLORFENIRAMINA	Comprimidos Jarabe	Pulverizar y mezclar con una pequeña cantidad de comida blanda tipo puré, compota o crema. También pueden mezclarse los comprimidos triturados con 10 ml de agua y espesar posteriormente. Administrar directamente; o mezclar la dosis indicada con un poco de comida blanda tipo puré, compota o crema.	Puede tomarse con o sin alimentos.	De elección el jarabe.	
R06AC: Etilendiaminas sustituidas	MEPILFINA (MEPIRAMINA ACEFILINATO)	Cápsulas Solución oral	No se dispone de datos de manipulación de las cápsulas duras y de su contenido. Administrar directamente; o mezclar la dosis indicada con un poco de comida blanda tipo puré, compota o crema. También puede utilizarse la solución diluida en agua y mezclada con espesante.	Puede tomarse con o sin alimentos.	De elección la solución oral.	
R06AX: Otros antihistamínicos para uso sistémico.	EBASTINA	Comprimidos bucodispersables	Colocar el comprimido directamente en la boca, donde se dispersará en menos de 3 minutos en saliva. Si la persona residente no puede tomar adecuadamente este comprimido por falta de salivación, se puede desleír en agua en una cuchara de postre para formar una pasta que se administrará en boca, o mezclada con una pequeña cantidad de puré, compota o crema.	Puede tomarse con o sin alimentos.		

S. ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS

S01E: PREPARADOS ANTIGLAUCOMA Y MIÓTICOS

					Recomendaciones administración	
Subgrupo terapéutico	Principio activo	Forma Farmacéutica	Triturar/dispersar	Alimentos	Alternativa/adaptación	
S01EC: Inhibidores anhidrasa carbónica	ACETAZOLAMIDA	Comprimidos	Pulverizar y mezclar con una pequeña cantidad de comida blanda tipo puré, compota o crema. Sabor amargo. También pueden mezclarse los comprimidos triturados con 20 ml de agua o zumo de fruta y espesar posteriormente.	Administrar preferentemente en ayunas. Si intolerancia gastrointestinal, administrar con algo de alimento.		

V. VARIOS					
V03. TODO EL RESTO DE LOS PRODUCTOS TERAPÉUTICOS					
V03B. ANTÍDOTOS					
Recomendaciones administración					
Subgrupo terapéutico	Principio activo	Forma Farmacéutica	Triturar/dispersar	Alimentos	Alternativa/adaptación
V03B. Antídotos	CARBÓN ACTIVO	Polvo	Dada la urgencia en la administración, y sobre todo en personas con alteración de la conciencia, puede administrarse la suspensión resultante por sonda nasogástrica.		
V03AE: FÁRMACOS ANTIHIPERPOTÁSÉMICOS Y ANTIHIPERFOSFATÉMICOS					
Recomendaciones administración					
Subgrupo terapéutico	Principio activo	Forma Farmacéutica	Triturar/dispersar	Alimentos	Alternativa/adaptación
V03AE: Fármacos antihiperpotasémicos y antihiperfosfatémicos	ACETATO DE CALCIO	Cápsulas	Abir la cápsula, disolver en una pequeña cantidad de comida blanda y administrar inmediatamente.	Administrar junto con las comidas.	De elección el granulado
		Granulado	Espolvorear el granulado sobre comida blanda y administrar inmediatamente.		
	SEVELAMERO	Comprimidos recubiertos	No pueden manipularse.	Administrar junto con las comidas.	De elección el polvo para suspensión.
		Polvo para suspensión	Cada sobre de 2,4 g de polvo se debe dispersar en 60 ml de agua antes de la administración. Cada sobre de 0,8 g de polvo se debe dispersar en 30 ml de agua antes de la administración. La suspensión se debe ingerir en un plazo de 30 minutos después de ser preparada. Como alternativa al agua, el polvo se puede mezclar con una pequeña cantidad de comida blanda (por ejemplo, en 100 gramos) y tomarlo en los siguientes 30 minutos. No calentar ni añadirlo a líquidos o alimentos calientes.		

CAPÍTULO 7.2. FÁRMACOS QUE PUEDEN PRODUCIR O AGRAVAR LA DISFAGIA

Patricia Bravo José

Farmacéutica especialista en Farmacia Hospitalaria

Servicio de Farmacia

Residencia y centro de día para

Personas Mayores Dependientes de Burriana (Castellón)

1. Introducción
2. Mecanismos de aparición de la disfagia asociada a los medicamentos
3. Fármacos que provocan disfagia, xerostomía o daño esofágico
4. Actuaciones farmacéuticas
5. Algoritmo de revisión del tratamiento farmacológico
6. Conclusiones/recomendaciones finales
7. Bibliografía

1-INTRODUCCIÓN

Las personas mayores y las personas con diversidad funcional son un colectivo con una alta prevalencia de disfagia. La mayoría de estas personas toman más de un medicamento y en un porcentaje elevado están polimedcados (toman más de 5 medicamentos al día). En apartados anteriores se ha abordado cómo adecuar dichos medicamentos a los problemas deglutorios de las personas con disfagia.

Pero, por otra parte, determinados medicamentos pueden provocar alteraciones de la deglución o agravarla. Por todo ello, es necesario hacer una revisión cuidadosa del tratamiento farmacológico para poder detectar los fármacos de riesgo. El farmacéutico, por lo tanto, juega un papel importante en esta detección y en proporcionar al facultativo prescriptor posibles soluciones o alternativas.

2-MECANISMOS DE APARICIÓN DE LA DISFAGIA ASOCIADA A LOS MEDICAMENTOS

Los mecanismos por los que los fármacos pueden provocar o agravar la disfagia son variados y, en algunos casos, no del todo conocidos. Los principales mecanismos de aparición de disfagia se muestran en la tabla 1:

Tabla1: Principales mecanismos de aparición de la disfagia⁽¹⁻³⁾

Como efecto adverso del fármaco
Como complicación del efecto terapéutico del fármaco
Otros mecanismos
Fármacos que provocan daño esofágico

A continuación, se revisan exhaustivamente cada uno de los principales mecanismos de aparición de la disfagia y los fármacos que pueden provocarla. En la tabla 2 se muestran los principales medicamentos implicados en la aparición de disfagia y sus posibles mecanismos de acción.

2-1. Aparición de disfagia como efecto adverso del fármaco

- los fármacos que afectan a los músculos lisos y estriados del esófago pueden provocar disfagia.
 - o La funcionalidad de los músculos lisos del esófago depende de la inervación colinérgica y muscarínica, por lo que fármacos con actividad **anticolinérgica y antimuscarínica** pueden potencialmente producir disfagia. Como ejemplos tendríamos: atropina, hiosciamina, oxibutinina y tolterodina^(1,4).
 - o Por otra parte, los **bloqueantes neuromusculares** afectan al músculo estriado. La mayoría de fármacos que tienen este mecanismo de acción se utilizan como relajantes musculares en cirugía por lo que no suelen afectar a largo plazo a las personas residentes^(1,4). Sin embargo, hay que destacar en este grupo la toxina botulínica que puede provocar disfagia hasta en un 33% de las personas tratadas, según el lugar de inyección^(2,5,6).
- Antipsicóticos: los mecanismos por los que estos fármacos pueden provocar disfagia son dos^(1,2,5-11):
 - o Por bloqueo de la transmisión dopaminérgica que provoca la aparición de un síndrome extrapiramidal similar al parkinsonismo, que puede contribuir a la aparición o agravamiento del síndrome^(1,3-5,9).
 - o Por aparición de discinesia tardía que es un síndrome irreversible que puede afectar a los músculos orofaciales y linguales provocando dificultades en la deglución. Este síndrome puede aparecer en hasta en el 20% de las personas tratadas^(1,4,5,9,12).

Los factores que pueden aumentar el riesgo de provocar disfagia en las personas tratadas con neurolépticos son los siguientes⁽⁵⁾:

- Edad avanzada
 - Duración prolongada del tratamiento
 - Uso de dosis elevadas
 - Utilización de neurolépticos típicos
 - Diabetes
 - Desorden orgánico del cerebro
 - Trastornos del estado de ánimo
- Fármacos que pueden provocar sequedad de boca (xerostomía) y que por esa razón pueden interferir en la deglución provocando dificultad en paso del bolo alimentario. Entre estos fármacos destacaremos IECAs como captopril, lisinopril, antiarrítmicos como procainamida, antieméticos como la metoclopramida, antidepresivos tricíclicos como amitriptilina, imipramina, antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina (IRSS) como citalopram, fluoxetina, sertralina, mirtazapina, venlafaxina, paroxetina o antihistamínicos como clorfeniramina y difenhidramina^(1-4,6,7,13-16). Numerosos fármacos producen sequedad de boca y este efecto aumenta en el caso de la combinación de 2 o más fármacos. En la tabla 3 puede consultarse los fármacos que con mayor frecuencia inducen sequedad de boca.
- Anestésicos locales: pueden provocar dificultades en la deglución por pérdida de sensibilidad. Tiene carácter reversible y no se considera relevante. Los fármacos responsables serían: benzocaína, lidocaína⁽²⁾.

2-2. Aparición de disfagia como complicación del efecto terapéutico del fármaco

- Antineoplásicos e inmunosupresores: los antineoplásicos provocan daño en la mucosa esofágica debido a su acción citotóxica y los inmunosupresores pueden provocar infecciones fúngicas y víricas en el esófago que pueden provocar disfagia. Los principales fármacos que lo producen son: azatioprina, carmustina, ciclosporina, daunorrubicina, paclitaxel, vinorelbina^(1,2,4).

- Corticosteroides a dosis altas: pueden provocar durante tratamientos prolongados con dosis altas debilidad de la musculatura esquelética esofágica. (dexametasona, metilprednisolona, prednisolona, prednisona)⁽¹⁾.
- Medicamentos que producen depresión del sistema nervioso central: pueden potencialmente producir disfagia. Antiepilépticos (carbamacepina, gabapentina, fenitoína, ácido valproico), benzodiacepinas, fármacos opioides (codeína, fentanilo, hidromorfona, meperidina, morfina, oxicodona) y los relajantes musculares esqueléticos (baclofeno) son los principales grupos terapéuticos implicados^(1,4).

2-3. Otros medicamentos:

Existen otros medicamentos que se han asociado a la aparición de disfagia, pero de los que se desconoce el mecanismo de acción. Los principales fármacos se muestran en la tabla 2.

2-4. Fármacos que provocan daño esofágico

Aumentan el riesgo de padecer disfagia: generalmente está causado por irritación local de la mucosa esofágica^(1,2). Los síntomas que aparecen son: dolor retroesternal en el pecho, disfagia y odinofagia. En la tabla 4 se muestran los principales fármacos asociados a la aparición del daño esofágico y las recomendaciones para la prevención del daño iatrogénico en la dicha mucosa^(4-6,17). Las personas mayores tienen un riesgo más elevado de sufrir daño esofágico asociado a algún medicamento debido a que la edad provoca una disminución de la motilidad esofágica y disminuye la producción de saliva⁽¹⁾. Los principales factores de riesgo de aparición de daño esofágico son: edad avanzada, institucionalización, disfagia preexistente, alcohol y polifarmacia⁽⁵⁾. Debe valorarse detenidamente la utilidad de estos medicamentos en cada persona usuaria diagnosticada de disfagia.

3-FÁRMACOS QUE PROVOCAN DISFAGIA, XEROSTOMÍA O DAÑO ESOFÁGICO

Tabla 2: fármacos que provocan disfagia^(1-11,17-22)

Fármaco	Mecanismo de acción	Características, prevalencia	Comentarios
Anticolinérgicos y antimuscarínicos			
Atropina	Actividad anticolinérgica y antimuscarínica		
Tolterodina	Actividad anticolinérgica y antimuscarínica		
Oxibutinina	Actividad anticolinérgica y antimuscarínica	Prevalencia: < 5%	
Bloqueantes neuromusculares			
Toxina botulínica	Bloqueo neuromuscular del músculo estriado del esófago	Hasta un 33% de los pacientes según el lugar de inyección	Puede ser dosis-dependiente
Antipsicóticos			
Antipsicóticos típicos (haloperidol, tioridazina, trifluoperazina, clopromazina, levomepromazina)	Dos posibles mecanismos: - Bloqueo de la transmisión dopaminérgica (parkinsonismo 2º) - Discinesia tardía	- Inicio síntomas semanas o meses desde el inicio de la terapia - Puede aparecer en el 20% de los pacientes	- Fármacos de mayor potencia, mayor frecuencia. Reversible - Fármacos de mayor potencia, mayor frecuencia. Irreversible
Antipsicóticos atípicos (clozapina, risperidona, olanzapina, quetiapina, aripiprazol, Clotiapina, paliperidona, ziprasidona)	Dos posibles mecanismos: - Bloqueo de la transmisión dopaminérgica (parkinsonismo 2º) - Discinesia tardía		- Fármacos de mayor potencia, mayor frecuencia. Reversible - Fármacos de mayor potencia, mayor frecuencia. Irreversible
Antineoplásicos e inmunosupresores			
Antineoplásicos e inmunosupresores (azatioprina, carmustina, ciclosporina, dactinomicina, Decitabina, daunorribicina, paclitaxel Vinorelbina, citarabina, doxorubicina, melfalán (altas dosis), etopósido (altas dosis).)	Debido a su acción citotóxica (antineoplásicos) Debido a la aparición de infecciones fúngicas y víricas		
Corticoides a dosis altas			
Dexametasona, metilprednisolona, prednisolona, prednisona	Por debilidad de la musculatura esquelética esofágica cuando se administra durante tratamientos prolongados.		

Otros medicamentos			
Acenocumaro ⁽²³⁾		Asociado a excesiva anticoagulación	Reversible tras la retirada del fármaco.
Cabozantinib		13%	
Crizotinib		10%	
Acido Desoxicólico		Puede exacerbar la disfagia 2%	Reversible tras la retirada del fármaco
Digoxina⁽²⁴⁾		Asociada a intoxicación por digoxina en los pocos casos descritos	Reversible tras la retirada del fármaco
Eletriptan, Sumatriptan, Zomitriptan		Prevalencia: 2%	
Eritropoyetina α		Prevalencia: 5%	
Foscarnet		Prevalencia 1-5%	
Ganciclovir, rimantadina			
Interferón -1a Interferón 1b			
Inhibidores de la tirosin-kinasa (sunitinib, sorafenib, levatinib)			
Mianserina	Obstrucción orofaríngea y disfagia	Algunos casos descritos en la literatura	Reversible tras la retirada del fármaco
Morfina	Depresión del SNC	Prevalencia < 5%	
Ritonavir, Saquinavir, zalcitabina			
Riociguat			
Selegilina		Prevalencia: 2%	
Sevelamero		Casos descritos	No administrar en pacientes con disfagia
Sorafenib		Prevalencia: <10%	
Tadalafilo		Prevalencia: 2%	
Tegafur/gimeracilo/oteracilo		Prevalencia 1-10%	
Tetrabenazin		Prevalencia 4-10%	Reversible tras retirada del fármaco
Ácido Zoledrónico		Prevalencia: 1-10%	

Tabla 3: fármacos que producen sequedad de boca (xerostomía)^(1,3,4,6,13,16,22)

Grupo terapéutico	Medicamento
IECAs	Captopril Lisinopril Enalapril
Antiarrítmicos	Procainamida
Antieméticos	Metoclopramida
Antidepresivos tricíclicos	Amitriptilina Clomipramina Imipramina nortriptilina
Antidepresivos heterocíclicos	Maprotilia Mianserina Mirtazapina Trazodona
Inhibidores de la recaptación de serotonina (IRSS)	Citalopram Desvenlafaxina Duloxetina Escitalopram Fluoxetina Fluvoxamina Paroxetina Reboxetina Sertralina Venlafaxina
Antihistamínicos	Clorfeniramina Difenhidramina Hidroxicina loratadina desloratadina
Anticolinérgicos	Atropina Escopolamina
Anticolinérgicos inhalados	Bromuro de ipratropio
Anticolinérgicos	Atropina Butilescopolamina
Bloqueantes α-adrenérgicos	Doxazosina prazosina Alfuzosina Silodosina Tamsulosina
Analgésicos	Codeína Dihidrocodeína Morfina Fentanilo Tramadol
Antiepilépticos	Fenitoína
Diuréticos	Diuréticos del asa Tiazidas Triamtereno Xipamida

Tabla 4: fármacos que provocan daño en la mucosa esofágica^(2,4-6,17,22,25)

Fármaco	Efecto	Características, prevalencia	Comentarios
Tetraciclinas	Irritación local en el esófago	El fármaco puede disolverse rápidamente en el esófago, provocando daño esofágico debido a su acidez.	La tetraciclina más comúnmente implicada es la doxiciclina.
Bifosfonatos	Erosión en la mucosa esofágica	El alendronato es cáustico. Una vez el estómago, el reflujo del estómago puede erosionar la mucosa esofágica	En muchas ocasiones los pacientes no cumplen las instrucciones de administración de estos fármacos.
AINESs	Daño en la mucosa esofágica	Los fármacos más implicados son: naproxeno, ibuprofeno, aspirina e indometacina.	
Cloruro potásico	Daño en la mucosa esofágica	Si el fármaco queda en el esófago, se pueden producir altas concentraciones de cloruro potásico en el esófago y provocar daños en la mucosa.	
Quinidina		Puede provocar daños en la mucosa si queda retenido en el esófago	
Sulfato ferroso	Erosión por depósitos de cristales de hierro		
Ácido Ascórbico (Vitamina C)			

4-ACTUACIONES FARMACÉUTICAS EN CASO DE PRESENTAR DISFAGIA

Ante el diagnóstico de disfagia deben realizarse una serie de actuaciones con el fin de revisar y valorar si la persona diagnosticada puede tener prescrito algún fármaco que provoque o pueda agravar la disfagia:

- Revisión del tratamiento farmacológico para la detección de posibles fármacos que potencialmente puedan provocar disfagia.
- Revisar fecha de inicio del tratamiento del fármaco. Si el fármaco se ha iniciado recientemente y no existe otra causa que pueda justificar la aparición de disfagia, valorar que la causa pueda ser el fármaco. En ese caso, valorar posible retirada del fármaco por si éste fuese el causante del síndrome.
- Si el fármaco no ha sido introducido recientemente, recordar que algunos de los medicamentos implicados pueden causar disfagia semanas o meses después de iniciado el tratamiento. Plantear la posibilidad de suspender o disminuir la dosis del fármaco potencialmente causante.
- Si es posible, buscar alternativa al tratamiento.
- En el caso de que la persona tenga prescrito un neuroléptico, valorar la retirada o la disminución de la dosis si es posible. Si se trata de un antipsicótico típico, y no es posible su retirada, valorar la posibilidad de cambio a un antipsicótico atípico.
- Revisión periódica del tratamiento farmacológico de la persona residente con disfagia por si se produce la introducción de un fármaco que pueda agravar la disfagia.
- Revisar si la persona residente tiene prescrito algún fármaco que puede causar daño en la mucosa esofágica y considerar la posibilidad de suspensión y/o modificación del tratamiento.
- En caso de que la persona usuaria tenga pautado algún fármaco que produzca sequedad de boca, buscar alternativas terapéuticas que no produzcan ese efecto adverso.

5-ALGORITMO DE REVISIÓN DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

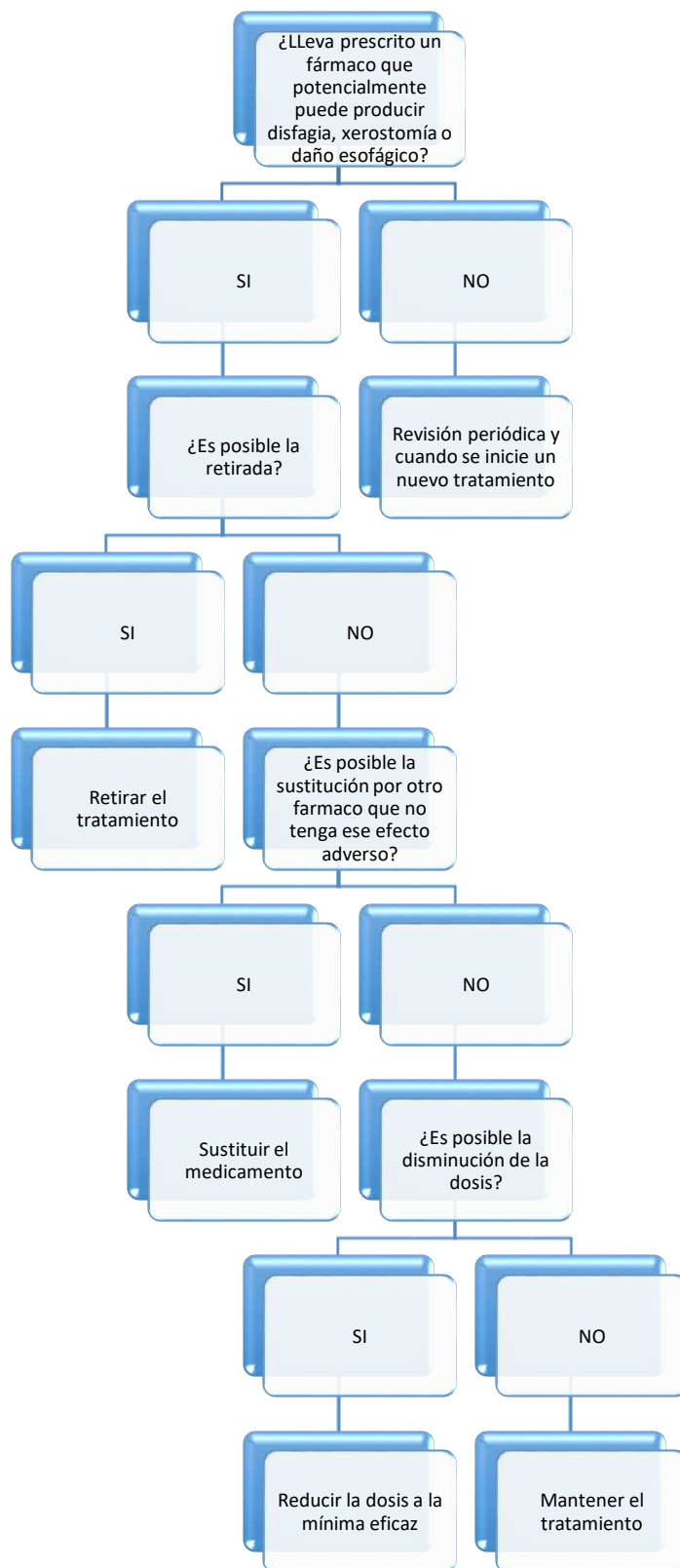


Tabla 5: hoja de recogida de datos de fármacos que pueden provocar disfagia

Fecha_____
Nombre y apellidos_____
Residencia_____
Fármacos que pueden producir disfagia:

<input type="checkbox"/> Tolterodina
<input type="checkbox"/> Oxibutinina
<input type="checkbox"/> Haloperidol
<input type="checkbox"/> Clorpromazina
<input type="checkbox"/> Clozapina
<input type="checkbox"/> Aripiprazol
<input type="checkbox"/> Olanzapina
<input type="checkbox"/> Quetiapina
<input type="checkbox"/> Risperidona

<input type="checkbox"/> Paliperidona
<input type="checkbox"/> Ziprasidona
<input type="checkbox"/> Corticoides a dosis altas
<input type="checkbox"/> Acenocumarol
<input type="checkbox"/> Morfina
<input type="checkbox"/> Mianserina
<input type="checkbox"/> Selegilina
<input type="checkbox"/> Otros_____

¿Es posible la retirada del fármaco?	
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO Motivo_____
¿Es posible la disminución de dosis?	
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO Motivo_____

6- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES FINALES

- Una vez detectada la disfagia es necesario revisar el tratamiento farmacológico con el objetivo de detectar posibles fármacos relacionados con la aparición de disfagia.
- Siempre que sea posible, se procederá a la retirada, sustitución o disminución a la mínima dosis eficaz del medicamento implicado con el fin de mejorar o revertir la disfagia.
- Ante la prescripción de un nuevo fármaco, debe revisarse si puede contribuir a agravar la disfagia y valorar el beneficio/riesgo en cada persona residente de manera individualizada.
- El farmacéutico, dentro del equipo interdisciplinar de los centros, puede colaborar en la detección y seguimiento de estos posibles efectos adversos de los medicamentos.



FÁRMACOS QUE PROVOCAN DISFAGIA



MECANISMOS APARICIÓN DISFAGIA RELACIONADA CON FÁRMACOS

- Como efecto adverso del fármaco
- Como complicación del efecto terapéutico del fármaco
- Otros mecanismos
- Debido a fármacos que provocan daño esofágico



PRINCIPALES MEDICAMENTOS RELACIONADOS CON DISFAGIA

- ANTIPSICÓTICOS (haloperidol, risperidona, quetiapina, olanzapina)
- Tolterodina, oxibutinina
- CORTICOIDES a dosis altas
- TRIPTANES
- Selegilina
- ANTINEOPLÁSICOS e INMUNOSUPRESORES

PRINCIPALES MEDICAMENTOS QUE PRODUCEN XEROSTOMÍA

- IECAs
- Metoclopramida
- Antidepresivos tricíclicos
- Inhibidores de la recaptación de serotonina (IRSS)
- Antihistamínicos
- Analgésicos
- Diuréticos



MEDICAMENTOS QUE PRODUCEN DAÑO ESOFÁGICO

- Tetraciclinas
- Bifosfonatos
- AINEs
- Sulfato ferroso
- Ácido Ascórbico

REVISIÓN DEL TRATAMIENTO
FARMACOLÓGICO PARA DETECTAR
MEDICAMENTOS QUE PUEDAN PRODUCIR
DISFAGIA



7-BIBLIOGRAFÍA

1. Balzer K. Drug-Induced Dysphagia. *Int J MS Care*. 2000;2(1):40-50.
2. Stoschus B, Allescher H. Drug-induced dysphagia. *Dysphagia*. 1993;8:154-9.
3. Stegemann S, Gosch M, Breitzkreutz J. Swallowing dysfunction and dysphagia is an unrecognized challenge for oral drug therapy. *Int J Pharm*. Julio de 2012;430(1-2):197-206.
4. Estevez Alonso JS, Garcia IZ. Drugs and Dysphagia. En: Desuter G, editor. *Oropharyngeal Dysphagia* [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2019 [citado 6 de febrero de 2020]. p. 111-26. Disponible en: http://link.springer.com/10.1007/978-3-319-92615-5_8
5. O'Neill JL, Remington TL. Drug-Induced Esophageal Injuries and Dysphagia. *Ann Pharmacother*. Noviembre de 2003;37(11):1675-84.
6. Al-Shehri AM. Drug-Induced dysphagia. *Ann Saudi Med*. 2003;23:249-53.
7. Carl L, Johnson P. Drugs and Dysphagia. *Perspect Swallowing Swallowing Disord Dysphagia*. Diciembre de 2008;17(4):143-8.
8. Bulling M. Drug-induced dysphagia. *Aust N Z J Med*. Octubre de 1999;29(5):748-748.
9. Cicala G, Barbieri MA, Spina E, de Leon J. A comprehensive review of swallowing difficulties and dysphagia associated with antipsychotics in adults. *Expert Rev Clin Pharmacol*. 4 de marzo de 2019;12(3):219-34.
10. Miarons Font M, Rofes Salsench L. Antipsychotic medication and oropharyngeal dysphagia: systematic review. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. Diciembre de 2017;29(12):1332-9.
11. Sokoloff LG, Pavlakovic R. Neuroleptic-Induced Dysphagia. *Dysphagia*. Agosto de 1997;12(4):177-9.
12. Bhat, PS, Pardal, PK, Diwakar, M. Dysphagia due to tardive dyskinesia. *Ind Pschyatry J*. 2010;19(2):134-5.
13. Miranda-Rius J, Brunet-Llobet L, Lahor-Soler E, Farré M. Salivary Secretory Disorders, Inducing Drugs, and Clinical Management. *Int J Med Sci*. 22 de Septiembre de 2015;12(10):811-24.
14. Ortolani E. Nutritional Status and Drug Therapy in Older Adults. *J Gerontol Geriatr Res* [Internet]. 2013 [citado 29 de septiembre de 2019];02(02). Disponible en: <https://www.omicsgroup.org/journals/nutritional-status-and-drug-therapy-in-older-adults-2167-7182.1000123.php?aid=15273>
15. Singh ML, Papas A. Oral Implications of Polypharmacy in the Elderly. *Dent Clin North Am*. Octubre de 2014;58(4):783-96.
16. Turner MD. Hyposalivation and Xerostomia. *Dent Clin North Am*. Abril de 2016;60(2):435-43.

17. Sáez Lleó C, Bravo José, Patricia. Administración de medicamentos en pacientes con sonda enteral o con disfagia. En: Bravo José P, Montañés Pauls B, Martínez Martínez M, editores. Cuidados farmacéuticos en personas en situación de dependencia. Barcelona: Glosa; 2009. p. 327-46.
18. Crouse EL, Alastanos JN, Bozymiski KM, Toscano RA. Dysphagia with second-generation antipsychotics: A case report and review of the literature. *Ment Health Clin.* Marzo de 2017;7(2):56-64.
19. Spieker MR. Evaluating dysphagia. *Am Fam Physician.* 15 de junio de 2000;61(12):3639-48.
20. Varghese ST, Balhara YPS, George SA, Sagar R. Risperidone and dysphagia. *J Postgrad Med.* Diciembre de 2006;52(4):327-8.
21. Lee JC, Takeshita J. Antipsychotic-Induced Dysphagia: A Case Report. *Prim Care Companion CNS Disord.* 24 de septiembre de 2015;17(5):10.4088/PCC.15101792.
22. Liantonio J, Salzman B, Snyderman D. Preventing aspiration pneumonia by addressing three key risk factors: Dysphagia, poor oral hygiene, and medication use. 1 de octubre de 2014;22:42-8.
23. Camacho-Vázquez C, Melchor LS, Ortigosa J, Fernández-Lozano I, Artaza M de. Dysphagia as a Complication of Oral Anticoagulation Therapy. *CHEST.* 1 de enero de 1993;103(1):322.
24. Cordeiro MF, Arnold KG. Digoxin toxicity presenting as dysphagia and dysphonia. *BMJ.* 27 de abril de 1991;302(6783):1025.
25. Liabeuf S, Gras V, Moragny J, Andrejak M, Laroche M-L. Ulceration of the oral mucosa following direct contact with ferrous sulfate in elderly patients: a case report and a review of the French National Pharmacovigilance Database. *Clin Interv Aging.* abril de 2014;737.

CAPITULO 8: OTRAS ESTRATEGIAS: ESTIMULACIÓN SENSORIAL, ADAPTACIÓN DE MENAJE

M. Pilar Martínez Antequera

Farmacéutica Especialista en Farmacia Hospitalaria

Servicio de Farmacia

Residencia para Personas Mayores Dependientes

La Cañada (Valencia)

1. Introducción
2. Técnicas de incremento sensorial oral
3. Menaje adecuado para las personas residentes con disfagia
4. Conclusiones/recomendaciones finales
5. Bibliografía

1-INTRODUCCIÓN

Dentro de las estrategias de tratamiento de la disfagia tenemos las técnicas compensatorias, que pueden eliminar los síntomas de la persona residente pero no cambian la fisiología de la deglución. Son las primeras técnicas que se ponen en marcha tras el diagnóstico de disfagia y pueden ponerlas en marcha tanto los clínicos como el personal de atención directa.

Dentro de las técnicas compensatorias se incluyen las siguientes:

- a) cambios posturales
- b) modificación del volumen del bolo alimenticio
- c) modificación de la consistencia de los alimentos
- d) prótesis intraorales
- e) técnicas de incremento sensorial

Tanto los cambios posturales, las técnicas de valoración de modificación del volumen del bolo alimenticio y la modificación de la consistencia de los alimentos se han contemplado en los capítulos anteriores. En este capítulo vamos a hacer referencia a las técnicas terapéuticas recomendadas sobre el **incremento sensorial oral**.

2-TÉCNICAS DE INCREMENTO SENSORIAL ORAL

La ingesta de alimentos con variaciones de temperatura y ácidos parece estimular el reflejo deglutorio, desde un punto de vista empírico, ya que no hay trabajos que lo demuestren.

El incremento sensorial oral ayuda a alertar al sistema nervioso central antes de la deglución, ya que aumenta la conciencia sensorial.

Es especialmente útil cuando hay alteraciones de la sensibilidad oral y faríngea y cuando está presente el signo de trastorno de la deglución denominado apraxia de la deglución, que se caracteriza por la existencia de un retraso para iniciar la deglución. Se utiliza en las personas residentes con apraxia deglutoria, agnosia táctil para la comida, retraso en el inicio de la deglución oral, disminución de la sensibilidad oral y retraso en la deglución faríngea.

Las estrategias de incremento sensorial implican:

1,- Modificación del volumen y la viscosidad: si la persona residente y su clínica lo permiten se le dan bolos más grandes y si es posible, de consistencias diferentes (es decir, bolos que requieran de masticación).

2,- Estimulación térmica/táctil: consiste en proporcionar alimentos calientes o fríos (helados, hielo) que desencadenan el mecanismo de la deglución. La estimulación de los pilares del velo del paladar con frío mejoran el reflejo faríngeo.

Se realizan toques, roces o presión de alguna zona específica, como son la base lingual, los pilares palatinos o presionando la lengua con la cuchara al introducir el alimento.

Se puede presionar con los dedos las zonas faciales afectadas, alternando toques enérgicos con otros suaves

3,- Combinación de sabores: pasar de un sabor a otro muy diferente (de ácido a amargo, de dulce a salado). Los ácidos parecen ser estimulantes de la deglución.

4,- Estimular la salivación: los olores y la visión de alimentos apetitosos estimulan la salivación y ésta desencadena la necesidad de deglutir.




5,- Permitir la autoalimentación, ya que el movimiento mano-boca proporciona estímulo sensorial.

Es importante reducir las distracciones visuales y auditivas durante la comida, para centrar la atención del residente en el acto de deglutir, o cual puede ayudar a que la deglución sea más segura y eficaz^{1,2}.

3-MENAJE ADECUADO PARA LAS PERSONAS RESIDENTES CON DISFAGIA

Otro aspecto importante es la **adecuación del menaje para las personas residentes con disfagia** (tabla 1).

Tabla 1: Menaje recomendable en personas residentes con disfagia

NO RECOMENDABLE.		
SE RECOMIENDA		

Como norma general:

- no se recomienda el uso de jeringas de alimentación, de forma generalizada, ya que no se puede saber con exactitud el volumen que se pone en la boca. Con las cucharas se puede observar la deglución y la presión en la lengua estimula el reflejo deglutorio.
- no utilizar pajitas
- utilizar cucharillas de postre pequeñas y/o cucharas cadete, facilitando de esta manera los volúmenes pequeños. El uso de cucharas es más seguro y beneficioso, ya que la presión sobre la lengua favorece el reflejo deglutorio.

Las cucharas de postre contiene un volumen de 5 ml y las cucharas soperas contienen un volumen de 15 ml aproximadamente ^{3,4}.

También es recomendable emplear cubiertos de plástico, pues pesan menos y evitan lesiones.

Por otra parte, se pueden encontrar comercializados diferentes tipos de cubiertos adaptados que permiten mejorar la alimentación en la personas residentes con disfagia.

Los cubiertos "Manoy" son de gran ayuda para personas con control limitado de las extremidades. Los mangos facilitan el agarre tanto como es posible. El diseño especial del cuchillo permite cortar tanto de forma clásica como con movimiento mecedora^{5,6}. Se pueden utilizar cucharas y tenedores curvados a izquierda o derecha y cuchillo mecedora, que ayudan al cuidador a dar de comer⁵. A continuación se muestran estos tipos de cubiertos.

Figura 1: Cucharas y tenedores curvados

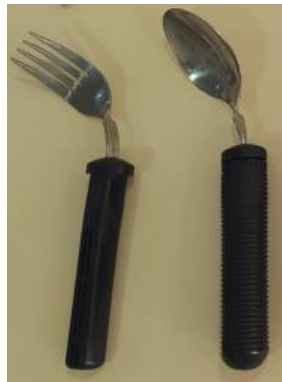


Figura 2: Cuchillo mecedora



Las personas residentes con disfagia tienen necesidades específicas para lograr una nutrición apropiada. No basta simplemente con dejar el plato delante, necesitan ayuda o supervisión constante durante las horas de comida.

- utilizar vasos adaptados para evitar la hiperextensión del cuello y para controlar el volumen de líquido durante la ingesta^{5,6}.

Figura 3: vaso adaptado para líquidos



Se adaptarán en relación a:

- Material del que están realizados
- Altura del vaso
- Adecuación de los bordes de contacto con la cavidad oral (boca)

Se aconsejan vasos curvos, para controlar el volumen y evitar patrones de posición inadecuados como la hiperextensión cervical o hiperproyección (cabeza inclinada hacia atrás o hacia delante).

Evitar el uso de vasos de cristal ya que en las personas residentes que presentan espasticidad (contracción muscular que causa rigidez) o reflejos de mordedura anteriorizados pueden resultar inapropiados.

Evitar vasos altos, ya que potencian patrones de hiperextensión (cabeza hacia atrás).

Otra opción es utilizar el Vaso "handycup": diseñado con inclinación y grandes asas, para que el usuario pueda beber sin tener que inclinar la cabeza hacia atrás ^{5,7}.

Figura 4: vaso tipo "handycup"



Otro tipo de vaso es el vaso "nosey": para personas con dificultad para inclinar la cabeza hacia atrás. Su diseño ayuda a mantener la cabeza y el cuello en una posición cómoda para beber sin atragantarse⁵.

Figura 5: vaso tipo "nosey"



En la siguiente imagen se muestra los diferentes tipos de cubiertos adaptados y otras ayudas técnicas que pueden ser de utilizad para mejorar la alimentación y la autonomía en las personas residentes con disfagia.

Figura 6: Menaje utilizado en las personas residentes con disfagia



4- CONCLUSIONES/RECOMENDACIONES

- Se debe adaptar el alimento y la bebida a las personas residentes con disfagia, según su grado de disfagia, para que la nutrición y la hidratación sean seguras y eficaces.
- Se cuenta con técnicas de incremento sensorial que hacen más fácil la deglución.
- Se dispone en el mercado de utensilios que facilitan a la persona residentes y sus cuidadores el manejo de la comida y la ingesta de bebida.
- No se recomienda el uso de pajitas ni de jeringas de alimentación



OTRAS ESTRATEGIAS: ESTIMULACIÓN SENSORIAL, ADAPTACIÓN DEL MENAJE



TÉCNICAS DE ESTIMULACIÓN SENSORIAL

- Estimulación térmica
- Estimulación táctil
- Combinación de sabores



MENAJE NO RECOMENDADO



- No utilizar pajitas
- No utilizar jeringas de alimentación

CUBIERTOS RECOMENDADOS

- cubiertos postre o tamaño cadete.
- cubiertos tipo "Manoy"



VASOS RECOMENDADOS

- Vasos adaptados con asas.
- Vasos tipo "nosey"



5-BIBLIOGRAFÍA

1. Velasco M, Arreola V, Clavé P y Puiggrós C. Abordaje clínico de la disfagia orofaríngea: diagnóstico y tratamiento. *Nutrición Clínica en Medicina*. 2007. Vol. I-3-174-202.
2. Bascuñana H y Gálvez S. Tratamiento de la disfagia orofaríngea. *Rehabilitación*. 2003; 37 (1): 40-54.
3. Gómez-Busto F, Andia V, Ruiz de Alegria L y Francés I. Abordaje de la disfagia en la demencia avanzada. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. Vol 44, Supplement 2, 2009, 29-36.
4. Ferrero MI, Castellano E y Navarro R. Utilidad de implantar un programa de atención a la disfagia en un Hospital de media y Larga Estancia. *Nutr. Hosp*. 2009; 24 (5): 588-595.
5. Gorgues J. Ayudas técnicas para facilitar la alimentación de las personas discapacitadas. *Offarm*. Vol 28. Num 4: 108-113.
6. Catalogo ayudas dinámicas. Disponible en <https://www.ayudasdinamicas.com> (Consultado en Abril 2022)
7. Catalogo ortopedia Hedasa. Disponible en <https://www.hedasa.com> (Consultado en Abril 2022)



**GENERALITAT
VALENCIANA**

Vicepresidència i Conselleria
d'Igualtat i Polítiques Inclusives



SISTEMA PÚBLIC
VALENCIÀ DE
SERVEIS SOCIALS

**BLOQUE III: SEGUIMIENTO DE LA PERSONA
RESIDENTE CON DISFAGIA E INDICADORES DE
CALIDAD**

CAPÍTULO 9: SEGUIMIENTO DE LA PERSONA RESIDENTE CON DISFAGIA

Aurora Javaloyes Tormo

Farmacéutica especialista en Farmacia Hospitalaria

Servicio de Farmacia

Residencia para Personas Mayores Dependientes

La Florida (Alicante)

1. Introducción
2. Epidemiología y grupos de riesgo
3. Seguimiento de la persona residente con disfagia
4. Formulario de valoración y seguimiento de la disfagia
5. Algoritmo de valoración y seguimiento de la persona residente con disfagia
6. Conclusiones/recomendaciones finales
7. Bibliografía

1-INTRODUCCIÓN

La disfagia es una entidad dinámica que requiere evaluación continua. Por ello, tras la detección, diagnóstico e intervención terapéutica, será necesario realizar un correcto seguimiento.

Un estudio realizado por Ghroher et al.¹ en el que se hizo seguimiento y re- evaluación de los residentes con dietas modificadas por disfagia iniciadas años anteriores, reveló que un 91% de los participantes tenían pautada una dieta más restrictiva de la que realmente podían tolerar.

Es evidente, por tanto, que existe una necesidad de realizar un seguimiento y evaluación periódica de las personas con alteraciones de la deglución, la evolución puede ser bidireccional y por consiguiente puede mejorar, ya sea por la aplicación de técnicas de rehabilitación, por recuperación tras determinadas situaciones patológicas como el ictus², etc.

Durante el seguimiento, se deben evaluar y monitorizar las intervenciones realizadas por parte del equipo interdisciplinar, y se debe llevar un correcto registro de las mismas para asegurar la trazabilidad de todo el proceso. De esta manera se contribuirá a la mejora en la evolución y, por ende a la mejora en la calidad de vida de las personas residentes.

2-EPIDEMIOLOGÍA Y GRUPOS DE RIESGO

En relación con la disfagia, los datos de prevalencia son dispares, debido en parte, al método de diagnóstico utilizado, la causa que origina la disfagia, los grupos de edad evaluados y las comorbilidades de cada grupo.

Los colectivos con mayor prevalencia de disfagia son las personas mayores con fragilidad, las personas con discapacidad intelectual³, la población que ha sufrido accidentes cerebrovasculares (ACV) y los pacientes con enfermedades neurodegenerativas. A todo ello habría que sumar un nuevo colectivo, de reciente aparición, como consecuencia de la disfagia asociada a Covid-19⁴.

En la tabla 1 se muestra la prevalencia en función de la patología y grupos de edad^{5,6,7}.

Tabla 1: Prevalencia de disfagia según la patología y grupos de riesgo.

Patología	Prevalencia de disfagia
ACV	30%
Parkinson	52-82%
Esclerosis Lateral amiotrófica (ELA)	60%
Esclerosis múltiple (EM)	44%
Enfermedad de Alzheimer (EA)	84%
Mayores de 65 años	15%
Mayores de 75 años	45%
Personas institucionalizadas	56-78%

En cuanto a la evolución de la disfagia, también difiere según la patología. En ciertos casos se observa una evolución lenta, bien tolerada y que no afecta al estado general, y en otras ocasiones puede presentarse de manera súbita, empeorar de manera progresiva y limitar la ingesta de tal manera que se produzca un deterioro del estado general. A continuación, se detallan algunos ejemplos:

Edad avanzada y fragilidad

Un alto porcentaje de las personas residentes con edad avanzada, presentan comorbilidades tales como hipertensión, diabetes, etc. En estos casos, se pueden producir lesiones vasculares cerebrales silentes que, en fase de estabilidad clínica no afectan a la deglución, pero que ante cualquier situación aguda, pueden desencadenar problemas en la misma, reversibles total o parcialmente cuando se controla el proceso agudo. Así mismo la polimedicación puede contribuir también al desarrollo de disfagia, como se ha comentado en el capítulo 7.

Enfermedades cerebrovasculares

En el caso de ACVs la disfagia suele mejorar mediante técnicas de rehabilitación, en las semanas o meses posteriores al evento, persistiendo en un 10-30% a los 2-3 meses.

Demencias

Las personas con demencia pueden presentar disfagia en las diferentes etapas evolutivas de la enfermedad. Al comparar prevalencia de disfagia en EA y demencia frontotemporal⁸, se encontró que en la demencia frontotemporal, la disfagia se desarrollaba durante las etapas tardías de la enfermedad, mientras que los casos de EA, solían presentar disfagia en etapas más tempranas.

Enfermedades neurológicas

Las patologías neurológicas como esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson o (ELA), tienen un alto riesgo de cursar con trastornos de la deglución⁹.

En la enfermedad de Parkinson, por ejemplo, la afectación de la deglución va apareciendo de forma secuencial. Inicialmente se produce una reducción de la peristalsis faríngea a lo que le sigue la afectación de la capacidad para formar el bolo adecuadamente por problemas en la motilidad lingual. Más adelante puede alterarse el cierre laríngeo y en las fases más avanzadas se produce un retraso en el inicio del reflejo deglutorio, de forma similar a la disfagia secundaria a accidente cerebrovascular.

3-SEGUIMIENTO DE LA PERSONA RESIDENTE CON DISFAGIA

El seguimiento de la disfagia debe comenzar durante la primera semana tras la intervención, para asegurar el correcto cumplimiento terapéutico y valorar la idoneidad del mismo, siendo recomendable realizar un control de peso semanal¹ durante el primer mes tras la intervención y un control mensual después.

A los 30 días de las intervenciones realizadas, se aconseja realizar una revisión de su historial médico para valorar si ha habido cambios a nivel respiratorio, atragantamientos, etc.

Así mismo, si en cualquier momento hay indicios de un empeoramiento de la situación, se deberá comunicar al equipo multidisciplinar y completar el "Registro detección de signos/síntomas de alerta" por personal de atención directa, como se indica en el capítulo 2 del presente manual. Si se considera oportuno, se procederá a realizar de nuevo una evaluación completa.

En estas evaluaciones se revisarán los signos y síntomas de disfagia y se realizará de nuevo un test EAT 10 y MEC Volumen viscosidad. De igual manera, se volverá a valorar si es necesaria cualquier otra intervención a nivel nutricional, hídrico, postural y farmacológico.

El equipo multidisciplinar valorará la estratificación de las personas residentes en función de su alto o bajo riesgo, para realizar así un seguimiento “*más o menos exhaustivo*”. Para ello se tendrá en cuenta tanto el grado de disfagia (resumido en la tabla 2), como la patología causante y la afectación del estado nutricional.

Tabla 2: Grados de disfagia orofaríngea.

Grado de disfagia	Afectación de la deglución	Adaptaciones
Leve	Afectación de la eficacia (pérdida del contenido oral, retraso en la deglución, presencia de residuos orales). Afectación de la seguridad en la administración de líquidos con textura 0 o fina (presencia de tos, cambios en la voz).	Requieren ligeras modificaciones en la ingesta de líquidos (viscosidad y/o volumen) y/o en la dieta oral. Los líquidos se espesarán a textura 2. La dieta, sino existen problemas de masticación/deglución puede ser de fácil masticación o suave y tamaño bocado. Sin dobles texturas ni alimentos de riesgo
Moderada	Afectación de la eficacia y de la seguridad (alteraciones en el reflejo de la deglución, presencia de tos y cambios en la voz) No tolera la textura 2 de la IDDSI (presencia de tos o signos de aspiración con esa textura) Riesgo de aspiración	Requieren adaptación de la viscosidad de los líquidos. Modificación de la textura y/o volumen de la dieta sólida (dieta semisólida/pastosa). Se espesarán los líquidos a textura 3-4. La dieta deberá a consistencia picada y húmeda o consistencia puré. Evitar dobles texturas y alimentos de riesgo
Moderada-severa	Afectación de la eficacia y de la seguridad. Evidencia de aspiraciones.	Requiere la administración tanto de líquidos como de sólidos en consistencia pastosa. Adaptación los líquidos a textura 4 y dieta de consistencia puré o nivel 4. Precisa intensa supervisión.
Severa	Presenta aspiraciones con todas las texturas y viscosidades.	Restricción de la vía oral, siendo necesaria la vía enteral para la alimentación.

Estratificación según el riesgo:

1. **Seguimiento de personas residentes de alto riesgo:** En este grupo se engloba a las personas con enfermedades de rápida evolución, con problemas nutricionales importantes, o que presenten un grado de disfagia moderada-severa o severa.

La periodicidad para la realización de una nueva evaluación completa debe ser estipulada por el equipo multidisciplinar en el momento de su valoración, pudiendo ser realizado de manera mensual o trimestral.

- a) **Patologías degenerativas de rápida evolución:** Patologías neurológicas como esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, esclerosis lateral amiotrófica (ELA).
- b) **Deshidratación y/o desnutrición:** Debido a las dificultades para ingerir líquidos y alimentos, existe mayor riesgo de sufrir deshidratación y deterioro del estado nutricional, lo cual, a su vez empeora la disfagia provocando un círculo vicioso: La deshidratación aumenta el riesgo de aspiración, la xerostomía disminuye el aclaramiento y la limpieza orofaríngea, esto aumenta la colonización bacteriana y facilita las infecciones orofaríngeas. Igualmente, la desnutrición se suele acompañar de sarcopenia. Esto empeora la capacidad funcional general del individuo y también la funcionalidad deglutoria.
- c) **Accidentes cerebrovasculares:** En el caso de ACVs, la disfagia puede llegar a resolverse en días, semanas o meses. Puesto que la evolución es muy variable, se recomienda un seguimiento más estrecho para poder así ir adaptando la dieta conforme se detecte una mejoría².

2. **Seguimiento de personas residentes de bajo riesgo:** En este subgrupo se incluyen los casos de enfermedades de evolución más lenta, como la demencia, los usuarios con buen estado nutricional y los casos de disfagia moderada o leve. Se caracterizan por mantener un grado de disfagia estable en el tiempo, tanto en términos de eficacia como de seguridad en la deglución. La periodicidad de evaluación, será cada 6 meses, coincidiendo con la preparación de la siguiente Valoración Geriátrica Integral (VGI).

En la tabla 3 podemos ver de manera resumida esta estratificación en grado del

riesgo.

Tabla 3: Seguimiento según la evolución de su enfermedad de base, estado nutricional y grado de disfagia

Estabilidad	Motivo	Ejemplo	Seguimiento
Alto riesgo	1. Enfermedades degenerativas que cambien el progreso de la disfagia	EM, ELA, Parkinson	Continuo y Revisión mensual / trimestral
	2. Desnutrición		
	3. Evolución rápida	ACV	
	4. Disfagia moderada-severa		
Bajo riesgo	1. Evolución lenta de la enfermedad	Demencia leve	Continuo y Revisión semestral
	2. Buen estado nutricional		
	3. Disfagia moderada o leve		

4- FORMULARIO DE VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA DISFAGIA

Este formulario ha sido diseñado con el objetivo de realizar un adecuado seguimiento de la evolución de la disfagia, y asegurar la trazabilidad de todo proceso. En este documento se debe reflejar: la historia clínica, los signos y síntomas de disfagia, las valoraciones que se han llevado a cabo y todas las intervenciones realizadas a nivel nutricional, farmacológico y postural.

Debe incorporarse a la historia clínica y ha de ser revisado y valorado por el equipo multidisciplinar de manera periódica.

Las evaluaciones periódicas registradas en este formulario, serán de gran utilidad para:

1. Actualizar o afinar la intervención clínica
2. Valorar la evolución hacia una mejoría o empeoramiento
3. Adaptar progresivamente el tratamiento a las preferencias y necesidades individuales.

Todo ello con el objetivo final de conseguir una atención centrada en la persona.

Tabla 4: Hoja de valoración y seguimiento de la persona residente con disfagia

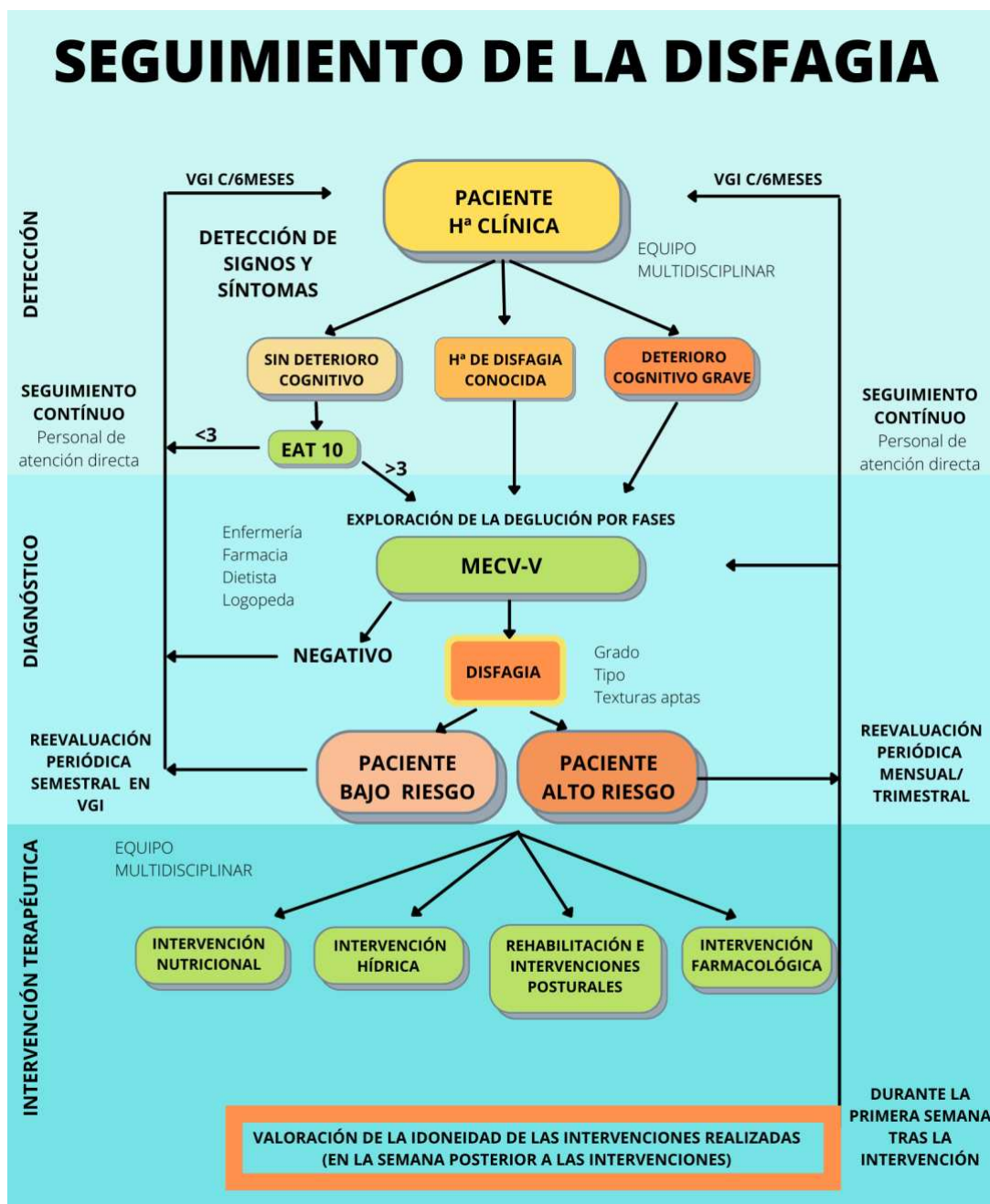
HOJA DE VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO					
DATOS PERSONALES					
Nombre y apellidos:					
Fecha nacimiento:					
SIP:					
Fecha valoración:					
HISTORIA CLÍNICA					
Diagnósticos relacionados con la disfagia:					
Antecedentes clínicos relacionados:					
1- Infecciones respiratorias recurrentes (fecha)					
2- Neumonías por aspiración (fecha)					
3- Otros					
Peso					
SIGNOS Y SÍNTOMAS DE DISFAGIA					
Fecha					
1. Inadecuado cierre labial (babeo)					
2. Dificultad manejo de comida en la boca					
3. Expulsión alimento por la boca					
4. Tos o atragantamiento					
5. Regurgitación alimentos por las fosas nasales					
6. Deglución fraccionada					
7. Carraspeo					
8. Cambios en la voz					
9. Residuos orales					
10. Molestias o dolor al tragar					
11. Empleo de excesivo tiempo para comer					
12. Negativa a comer o beber					
13. Rechazo a determinados alimentos					
14. Miedo a comer solo					
(indicar el número de los síntomas afectados)					

DIAGNÓSTICO					
Fecha					
EAT -10	Puntuación >3/<3				
MECV-V	si/no/no posible				
Disfagia	si/no				
Tipo de disfagia	Líquido/Sólido/Mixta				
Grado	Leve/moderada/severa				
Viscosidad y volumen	Liq (0-1)/néctar (2)/miel(3)/pudding (4) (IDDSI) Volumen en ml 5/10/15/20				
INTERVENCIÓN NUTRICIONAL					
Fecha					
Tipo de Dieta	Fácil deglución/puré/otras				
Espesar	líquidos/sólidos	sí/no			
	Sólidos	Sí/no			
Suplementos nutricionales	suplemento/pauta				
Menaje (cucharas)	postre/cadete/normal				
Recomendaciones posturales	si/no				
Especificar	Técnicas compensatorias, técnicas pasivas o técnicas activas				
OTRAS INTERVENCIONES					
Fecha					
Adaptación farmacológica: sí/no					
Añadir formulario de adaptación farmacológica (capítulo 7.1)					
Fármacos de riesgo de disfagia: sí/no					
Especificar fármaco y añadir formulario de fármacos de riesgo de disfagia (capítulo 7.2)					

5-ALGORITMO DE VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA PERSONA RESIDENTE CON DISFAGIA

El algoritmo de valoración y seguimiento (figura 1) muestra a modo de resumen, todas las actuaciones que se llevarán a cabo en la fase de seguimiento a los residentes con diagnóstico de disfagia.

Fig 1: Algoritmo de seguimiento de la disfagia.



6-CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES FINALES

- El seguimiento de la disfagia requiere un enfoque multidimensional.
- Debe ser continuo y estratificarse según el grado de riesgo.
- La periodicidad para la realización de cada evaluación completa, debe ser estipulada por el equipo multidisciplinar.
- Es necesario registrar, revisar y valorar de manera regular, todas las intervenciones realizadas para asegurar la trazabilidad de todo el proceso.
- La formación continuada en los centros es fundamental, tanto para el personal de atención directa, como para el resto del equipo.



SEGUIMIENTO EN DISFAGIA

La disfagia es una entidad dinámica que requiere una evaluación continua.



EPIDEMIOLOGIA Y GRUPOS DE RIESGO

Existe mayor prevalencia de disfagia en:

- Edad avanzada,
- Fragilidad,
- Enfermedades neurodegenerativas,
- Accidentes cerebrovasculares,
- Discapacidad intelectual
- Disfagia asociada a Covid-19.



GRADOS DE DISFAGIA



- 1-Síntomas leves
- 2-Disfagia leve
- 3-Disfagia Moderada
- 4-Disfagia Moderada-severa
- 5-Disfagia severa

SEGUIMIENTO: ALTO Y BAJO RIESGO

El tipo de seguimiento dependerá del riesgo :

1.Alto riesgo:

- Patologías de rápida evolución
- Deshidratación/desnutrición
- Disfagia moderada-severa y severa

2.Bajo riesgo:

- Enfermedades de evolución lenta
- Buen estado nutricional



FORMULARIO DE SEGUIMIENTO



Para realizar un correcto seguimiento de la evolución de la disfagia, y asegurar una adecuada trazabilidad del proceso, debemos documentar todas las intervenciones realizadas.

7-BIBLIOGRAFÍA

- 1- Groher ME, McKaig TN. Dysphagia and dietary levels in skilled nursing facilities. *J Am Geriatr Soc.* 1995 May;43(5):528-32.
- 2- Masdeu-Ávila, Carlos. Guía de cuidados para pacientes con disfagia tras un ictus .España.Profarmaco-2021
- 3-Robertson J, Chadwick D, Baines S, Emerson E, Hatton C. Prevalence of Dysphagia in People With Intellectual Disability: A Systematic Review. *Intellect Dev Disabil.* 2017 Dec;55(6):377-391. doi: 10.1352/1934-9556-55.6.
- 4- Frajkova, Z., Tedla, M., Tedlova, E. *et al.* Postintubation Dysphagia During COVID-19 Outbreak-Contemporary Review. *Dysphagia* 35, 549–557 (2020). <https://doi.org/10.1007/s00455-020-10139-6>
- 5-Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of Patients With Stroke: Rehabilitation, Prevention and Management of Complications, and Discharge Planning: A National Guideline. Edinburgh, Scotland: 2010.Disponible en :<https://www.sign.ac.uk/our-guidelines>
- 6-Clave P, Verdaguer A, Arreola V. Disfagia orofaríngea en el anciano. *Med Clin (Barc).* 2005;124:7428
- 7- Almirall J, Cabre M, Clave P. Neumonía aspirativa. *Med Clin (Barc).* 2007;129:424–432.
- 8- Barroso J. Disfagia orofaríngea y broncoaspiración. *Revista Española de Geriatria y Gerontología España.* 2009; 44(S2),22-28.
- 9- Burgos R, Bretón I, Cereda E, Desport JC, Dziewas R, Genton L, et al. ESPEN guideline clinical nutrition in neurology. *Clin Nutr.* 2018; 37: 354-96.
- 10- Finestone HM, Greene-Finestone LS, Wilson ES, Teasell RW. Malnutrition in stroke patients on the rehabilitation service and at followup: prevalence and predictors. *Arch Phys Med Rehabil* 1995;76(4):310- 6.

CAPÍTULO 10: INDICADORES DE CALIDAD EN EL DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO DE LA PERSONA RESIDENTE CON DISFAGIA

Pilar Fontes Sarrión

Coordinadora Atención Sanitaria
IVASS (Instituto Valenciano de Servicios Sociales)

Elisa Caverro Rodrigo

Farmacéutica Especialista en Farmacia Hospitalaria
Servicio de Farmacia
Residencia y Centro de día para Personas Mayores Dependientes
El Pinar (Castellón)

1. Introducción
2. Definición y características de un indicador
3. Aspectos a tener en cuenta para definir un sistema de indicadores
4. Indicadores de calidad en el diagnóstico y tratamiento de la disfagia
5. Conclusiones y recomendaciones finales
6. Bibliografía

1-INTRODUCCIÓN:

Un Sistema de Gestión de calidad es un conjunto de elementos relacionados entre sí, orientados en una forma de trabajar basado en procesos planificados para alcanzar unos objetivos.

La calidad se puede definir de dos formas:

-Conjunto de características o atributos de los productos o servicios que, cuando es alta, denota superioridad en su género.

-Es multidimensional, y los diferentes componentes de la calidad son: satisfacción, accesibilidad, efectividad, eficiencia, competencia profesional, continuidad de la atención, oportunidad y adecuación¹.

La *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) en 1990 definió la calidad como: *"ofrecer de forma continuada unos servicios eficaces, efectivos y eficientes, adecuados a las necesidades de los clientes, accesibles y aceptados por estos; y todo ello, según el estado actual de conocimientos."*

Una premisa a tener en cuenta es que la calidad es intangible, pero, aunque no se pueda "tocar" sí que se puede medir. Para ello, podemos aplicar una escala de medida para acercarnos lo máximo posible a la realidad¹. Para ello contaremos con una herramienta de medida instrumental del criterio de calidad que son los indicadores.

2-DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS DE UN INDICADOR

Según la definición de la JCAHO², un indicador es una medida cuantitativa que nos sirve para monitorizar y evaluar la calidad de aspectos importantes de la atención. Es decir, *"una medida cuantitativa que puede usarse como guía para controlar y valorar la calidad de importantes actividades de la asistencia a la persona residente y de los servicios de apoyo"*.

Un *buen indicador* debe contar con las siguientes características¹:

- **Concretos:** deben estar bien definidos, describirse de forma clara y completa. Cuanto más definido sea el enunciado del indicador, menos errores se cometerán al recoger los datos.
- **Completo:** deben dirigirse en conjunto a todos los aspectos importantes de la atención en un centro. El sistema de monitorización, para que sea efectivo, debe ser amplio y completo. Es necesario desarrollar indicadores

en cada uno de los componentes de la calidad asistencial (accesibilidad, continuidad, efectividad, eficiencia, adecuación, satisfacción...).

- **Objetivos:** debemos evitar aquellos indicadores que se basen en un juicio subjetivo y así facilitar la recogida de datos. Los indicadores deben contener las especificaciones necesarias para asegurar una uniformidad de los datos recogidos.
- **Válidos.** Deben estar basados en la literatura existente, en los expertos o en la experiencia de los profesionales. Los indicadores basados en sucesos controvertidos según el estado actual de conocimientos científicos no identifican oportunidades de mejora.
- **Específicos.** Para evitar medir cambios producidos por factores externos. El indicador debe identificar aquellos casos que, en realidad, presentan una oportunidad de mejora.

3-ASPECTOS A TENER EN CUENTA PARA DEFINIR UN SISTEMA DE INDICADORES

Cuando se planifique elaborar un sistema de indicadores se debe tener en cuenta que tiene que ser estables, comprensibles y aportar beneficio en el seguimiento del trabajo que se quiere realizar, no olvidando que son dinámicos, y responden a situaciones y contextos temporales y culturales específicos³. Por todo ello, a la hora de implantar un sistema de indicadores, es muy importante saber que es lo que realmente queremos medir (controlar y mejorar) y cuál es la información que queremos obtener.

Un sistema de indicadores va a proporcionar una monitorización que nos alerta cuando se produce alguna alteración en el estado habitual de la atención por el cambio en la actividad del indicador y nos señala dónde se puede estar produciendo una oportunidad de mejora de la calidad. No nos asegura que el problema o la oportunidad de mejora exista, ni nos indica sus causas, sino que señala hacia dónde dirigir nuestra atención para determinar si existe o no un problema. Es por esto, que la medición sistemática y planificada a través de indicadores de calidad nos van a servir para objetivar la existencia de situaciones problemáticas que necesitan ser evaluadas y requieren de un análisis más profundo.

Si se va a trabajar con indicadores de salud hay que tener en cuenta que reflejan una estimación (una medición con cierto grado de imprecisión) de una dimensión determinada de la salud en una población específica.

Desde el punto de vista de la calidad y seguridad asistencial, habitualmente se ha adoptado lo propuesto por *Avedis Donabedin* en 1966, en cuanto a que existen tres tipos de indicadores, según el atributo del proceso asistencial con el que se encuentre directamente relacionado:

- Indicadores de estructura
- Indicadores de proceso
- Indicadores de resultado

Si argumentamos que “una buena estructura aumenta la probabilidad de un buen proceso, y un buen proceso aumenta la probabilidad de un buen resultado”⁴;

definiremos:

-La estructura (o inversión), como las características de los escenarios donde se presta la atención y los recursos requeridos para asistencia sanitaria. Esto debe incluir:

- Recursos materiales (instalaciones, capital, equipo, medicamentos, etc.).
- Recursos intelectuales (conocimiento médico, sistemas de información).
- Recursos humanos (profesionales de atención sanitaria).

- El Proceso, que significa la utilización de recursos en cuanto a lo realizado en prestar y recibir asistencia.

Esto puede ser clasificado en procesos relacionados con la persona residente (índices de intervención, índices de derivación, etc.) y aspectos organizativos (suministro con medicamentos, gestión de listas de espera, pagos del personal sanitario, captación de fondos, etc.).

- Los Resultados describen los efectos de la atención asistencial sobre el estado de salud de las personas residentes y poblaciones y comprende tanto resultados definitivos, por ejemplo: mortalidad, morbilidad, discapacidad o calidad de vida, como resultados intermedios, por ejemplo: presión arterial, peso corporal, bienestar personal, capacidad funcional, capacidad para sobrellevar problemas, mejora del conocimiento.

Shaw y Kalo⁵, han identificado las dimensiones de calidad asistencial que corresponden a cada categoría:

Indicadores de estructura:

- Cómo se distribuyen los recursos en términos de tiempo, lugar y receptividad a las necesidades de las poblaciones (acceso).
- Ecuanimidad en compartir costes y beneficios (equidad).

Indicadores de proceso:

- Cómo se aplican los recursos (administración).
- Uso de tiempo y recursos (eficiencia).
- Evitar el despilfarro (economía).
- Reducción del riesgo (seguridad).
- Práctica basada en la evidencia (adecuación).
- Atención centrada en la persona residente (continuidad).
- Información a la persona residente/público (elección, transparencia, responsabilidad).

Indicadores de resultado:

- Salud de la población (mejora de la salud).
- Resultado clínico (efectividad).
- Satisfacer expectativas del público y del personal (coste-beneficio).

4-INDICADORES DE CALIDAD EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DISFAGIA

En el contexto que nos ocupa de abordaje en el diagnóstico y seguimiento de la disfagia en un entorno de residencia sociosanitaria, para cumplir con las premisas mencionadas, se deberá establecer una serie de indicadores que nos indiquen cómo estamos, cómo se está realizando el plan establecido y qué medidas se deben instaurar para mejorarlo.

Según las indicaciones comentadas anteriormente se proponen los siguientes puntos, como orientación en la formulación de indicadores, para la realización del abordaje completo de la disfagia en los centros sociosanitarios:

Indicadores de estructura:

- El centro cuenta con el material necesario para realizar las pruebas.
- Se realiza formación al personal de atención directa y/o enfermería.

-Se realiza formación recordatoria al personal de atención directa y/o enfermería.

-Se realiza formación al personal de atención directa y/o enfermería de nueva incorporación.

Indicadores de proceso:

- Existencia de protocolo de valoración de la persona residente con disfagia.
- Porcentaje de personas residentes a los que se les realiza una valoración al ingreso.
- Porcentaje de personas residentes con disfagia a las que se les realiza seguimiento.

Indicadores de resultado:

- Porcentaje de personas residentes a las que se les realiza test EAT-10.
- Porcentaje de personas residentes a las que se les realiza prueba MECV-V.
- Porcentaje de MECV-V positivo.
- Porcentaje de personas residentes con MECV-V positivo a las que se abre episodio "deterioro de la deglución (CIAP-2, D21)".
- Porcentaje de personas residentes con MECV-V positivo a las que se hace una valoración de alimentación con cambio de texturas (uso de espesantes).
- Porcentaje de personas residentes con MECV-V positivo a las que se realiza un plan de cuidados.
- Porcentaje de personas residentes a las que se les realiza adaptación farmacológica.

Estos indicadores son una recomendación, pudiéndose adaptar o ampliar a las necesidades de los propios centros sociosanitarios que les permitirán medir de forma fehaciente el abordaje completo de la disfagia.

Con el fin de identificar la información básica de los indicadores diseñados es necesario elaborar una ficha técnica para cada uno de ellos, la cual debe estar a disposición de cualquier persona del propio centro sociosanitario. A continuación, se presenta un formato de ficha con las aclaraciones que corresponde a cada uno de los apartados, así como un ejemplo en el que se muestran los principales componentes que deberían incorporarse en la ficha técnica de un indicador.

Fichas explicativas de los indicadores:

N.º INDICADOR/CÓDIGO	Numeración o codificación propia del centro
DENOMINACIÓN	Nombre que se le da al indicador
IDENTIFICACIÓN DEL PROCESO/S AL QUE AFECTA/ ÁREA RELEVANTE	Permite identificar qué proceso se está midiendo dentro de la identificación y seguimiento de las personas residentes con disfagia.
FÓRMULA DE CÁLCULO	Es la identificación de la expresión o fórmula matemática para obtener el valor cuantitativo del indicador. También se puede expresar como una fórmula categórica (Si/No)
TIPO	Estructura, proceso o resultado
FUENTE	Indica de donde se extrae la información
ESTÁNDAR	Es el valor objetivo que se espera alcanzar en el indicador en el periodo de cálculo
FORMA DE RECOGIDA	Se define la forma de recogida de datos (manual o automática)
RESPONSABLE	Se define el responsable de la elaboración y seguimiento del indicador
PERIODICIDAD	Se establece el periodo de recogida de datos (trimestral, semestral o anual).
FECHA DE ELABORACIÓN	Fecha de elaboración del indicador

Ejemplo de ficha de indicador rellena:

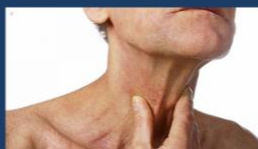
N.º INDICADOR/CÓDIGO	DISF_PROC_3
DENOMINACIÓN	Porcentaje de personas residentes a las que se les realiza seguimiento de disfagia
IDENTIFICACIÓN DEL PROCESO/S AL QUE AFECTA/ÁREA RELEVANTE	Seguimiento
FÓRMULA DE CÁLCULO	$(\text{N}^\circ \text{ de personas residentes en seguimiento con disfagia} / \text{N}^\circ \text{ total de personas residentes con disfagia}) * 100$
TIPO	Proceso
FUENTE	Centro
ESTÁNDAR	100%
FORMA DE RECOGIDA	Automática
RESPONSABLE	Coordinación enfermería y personal de enfermería
PERIODICIDAD	Anual
FECHA DE ELABORACIÓN	15/05/21

5-CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES FINALES

- Para ofrecer unos servicios eficaces, efectivos, eficientes y adecuados a las necesidades de las personas residentes y que sean, accesibles y aceptados debemos trabajar a través de un sistema de calidad.
- La monitorización de los resultados se debe realizar a través de indicadores de calidad, que estarán definidos teniendo en cuenta realmente que queremos medir (controlar y mejorar) y cuál es la información que queremos obtener.
- Los resultados nos permitirán objetivar la existencia de situaciones problemáticas que necesitan ser evaluadas y analizar en profundidad.



INDICADORES DE CALIDAD EN EL DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO DE LA PERSONA RESIDENTE CON DISFAGIA



DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS DE UN INDICADOR

Un indicador es "una medida cuantitativa que puede usarse como guía para controlar y valorar la calidad de importantes actividades de la asistencia a la persona residente y de los servicios de apoyo".

- Concretos
- Completos
- Objetivos
- Válidos
- Específicos.



SISTEMA DE INDICADORES



Un sistema de indicadores va a proporcionar una monitorización que nos alerta cuando se produce alguna alteración en el estado habitual de la atención por el cambio en la actividad del indicador y nos señala dónde se puede estar produciendo una oportunidad de mejora de la calidad.

Indicadores de estructura
Indicadores de proceso
Indicadores de resultado.

CONCLUSIONES



1. Para ofrecer unos servicios eficaces, efectivos, eficientes y adecuados a las necesidades de las personas residentes y que sean, accesibles y aceptados debemos trabajar a través de un sistema de calidad.

2. La monitorización de los resultados se debe realizar a través de indicadores de calidad, que estarán definidos teniendo en cuenta realmente que queremos medir (controlar y mejorar) y cuál es la información que queremos obtener.

3. Los resultados nos permitirán objetivar la existencia de situaciones problemáticas que necesitan ser evaluadas y analizar en profundidad.

6-BIBLIOGRAFÍA

1. Metodología de evaluación y mejora continuada. Unidad didáctica 6. La medida de la calidad. Josep Davins Miralles. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.
2. JCAHO (2021). <http://www.jcaho.org/>, Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. 2021.
3. Organización Panamericana de la Salud. Indicadores de salud. Aspectos conceptuales y operativos. Washington, D.C.: OPS; 2018.
4. Donabedian, A. "The Quality of Care: How can it be assessed?" Journal of the American Medical Association (1988) 260: 1743-1748.
5. Shaw, C. D. and I. Kalo (2002). A background for national quality policies in health systems. Copenhagen, Denmark, World Health Organization, Regional Office for Europe: 53.



**GENERALITAT
VALENCIANA**

Vicepresidencia y Conselleria
de Igualdad y Políticas Inclusivas

Dirección General de Personas Mayores

Vicepresidencia y Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas
C/ De la Democracia, nº 77
Ciudad Administrativa 9 de Octubre, Torre 3
46018. Valencia

Junio 2022