

Cristina García Villa^{1,*}
Virginia González Prieto²

1. Enferma. Unidad de Recuperación Funcional. Hospital Cruz Roja. Gijón, Asturias, España.
2. Enferma. Especialista en Geriátrica. Supervisora de la Unidad de Recuperación Funcional. Hospital Cruz Roja. Gijón, Asturias, España.

*Autora para correspondencia.
Correo electrónico: ccris_gv15@hotmail.com (Cristina García Villa).

Recibido el 28 de septiembre de 2020; aceptado el 7 de abril de 2021

Valoración de la implantación de un programa de disfagia en una unidad de recuperación funcional

Assessment of the implementation of a dysphagia program at the functional recovery unit

RESUMEN ABSTRACT

Introducción: La disfagia se presenta cuando se produce una dificultad para la preparación o la contención bucal de los alimentos o los líquidos, con o sin dificultad para iniciar con seguridad la deglución o la propulsión del bolo a través de la faringe. Sus principales complicaciones son malnutrición, deshidratación y neumonía. El 80% de los ciudadanos europeos no están diagnosticados ni reciben tratamiento. **Objetivos:** Conocer las características de los pacientes afectados con disfagia en una unidad de recuperación funcional, y evaluar la educación dada a estos pacientes y a sus cuidadores. **Metodología:** Estudio descriptivo transversal que tuvo como muestra a pacientes con sospecha de disfagia ingresados entre el período del 1 de febrero de 2019 al 31 de enero de 2020. La valoración se llevó a cabo mediante una revisión previa de la historia clínica, entrevista, exploración detallada y la realización del MECV-V. Tras su confirmación se llevaron a cabo cuidados dietéticos, cuidados bucales, posturales y educativos. **Resultados:** De los 101 pacientes valorados, un 87,1% presentaron disfagia orofaríngea. Se diagnosticó un 46,59% con disfagia leve, un 39,77% moderada y un 13,64% grave. Un 80,6% fue tratado por la logopeda. La educación realizada a los cuidadores se realizó en un 94,3% de los casos. Se revaluó un 13,6%, y todos presentaron mejoría. **Conclusiones:** La frecuente presencia de disfagia en pacientes con edad avanzada hace necesaria la implantación de programas para su valoración y tratamiento, con ellos se mejora la calidad asistencial y se previenen importantes complicaciones.

PALABRAS CLAVE: Disfagia orofaríngea, anciano, espesantes, dieta, educación, cuidados.

Introduction: Dysphagia presents itself when there is difficulty in the preparation or management of food or liquids, with or without difficulty safely initiating swallowing or propulsion of the bolus through the pharynx. Its main complications are malnutrition, dehydration and pneumonia. 80% of European citizens are not diagnosed nor receive any treatment. **Objectives:** Understand the characteristics of patients affected with dysphagia in a functional recovery unit, and evaluate the training given to such patients and their care providers. **Methodology:** Descriptive cross-sectional study showing patients with suspected dysphagia, attended between the period February 1st, 2019 and January 31st, 2020. The evaluation was carried out through a previous review of the patient's medical records, interviews, detailed tests and execution of the MECV-V. Once all information was gathered, adequate dietary, oral, postural and training care were carried out. **Results:** Of the 101 patients assessed, 87.1% had oropharyngeal dysphagia. 46.59% of those were diagnosed with mild dysphagia, whilst 39.77% were moderate and 13.64% severe. 80.6% were treated by the center's speech therapist. The training given for care providers was completed in 94.3% of cases. It was re-evaluated for 13.6%, all showing improvement. **Conclusions:** The frequent presence of dysphagia in elderly patients makes it necessary to implement programs for their evaluation and treatment, which would improve the quality of care and prevent significant complications afterwards.

KEYWORDS: Oropharyngeal dysphagia, aged, thickeners, diet, training, cares.

■ INTRODUCCIÓN

La disfagia orofaríngea es una patología importante en muchos pacientes con enfermedades neurológicas y en personas de edad avanzada. Se presenta cuando se produce una dificultad para la preparación o la contención bucal de los alimentos o los líquidos, con o sin dificultad para iniciar con seguridad la deglución o la propulsión del bolo a través de la faringe¹⁻⁵. Debido a la combinación del envejecimiento de la musculatura y de la prevalencia más alta de afecciones como el ictus u otras anomalías,

los individuos mayores de 65 años tienen riesgo elevado de desarrollar disfagia orofaríngea^{1,2}.

La herramienta fundamental utilizada para el cribado de la disfagia orofaríngea es el método de exploración clínica volumen-viscosidad (MECV-V), que permite identificar de manera objetiva si el paciente tiene una alteración de la deglución y pautar el tratamiento más adecuado.

La gravedad de la dificultad para tragar puede variar desde una dificultad leve hasta la imposibilidad total para la deglución.

No obstante, la disfagia orofaríngea está infradiagnosticada e infratratada y rara vez se vinculan a ella sus principales complicaciones, que son malnutrición y neumonía. El 80% de los ciudadanos europeos no están diagnosticados ni reciben ningún tratamiento para la disfagia².

La prevalencia de disfagia orofaríngea funcional en pacientes con enfermedades neurológicas y neurodegenerativas es muy elevada y alcanza el 30-82% según la enfermedad neurológica específica¹⁻³. Se trata de un síndrome geriátrico que afecta al 56-78% de ancianos institucionalizados, hasta el 44% de los ancianos ingresados en un hospital y alrededor del 25% de los ancianos que viven de forma independiente en la comunidad¹. La disfagia orofaríngea funcional afecta a más del 30% de los pacientes que han sufrido un accidente cerebrovascular. En la enfermedad de Parkinson, la incidencia se sitúa entre el 52 y el 82%, el 44% en los pacientes con esclerosis múltiple y hasta el 84% de los pacientes con enfermedad de Alzheimer. La prevalencia de alteraciones de la deglución afecta hasta al 80% de los pacientes que han recibido tratamiento quirúrgico o radio-terápico por tumores orofaríngeos, laríngeos o del área maxilofacial^{1-3,5}.

Las consecuencias de la disfagia orofaríngea son muy importantes, las más comunes son: la pérdida involuntaria de peso, la deshidratación y la desnutrición. En los pacientes que han tenido un ictus, la disfagia está presente entre el 20 y el 64% de los casos, y mejora tras la rehabilitación en el 47% entre las 2-3 semanas y el 17% a los 2-4 meses. Sin embargo, la prevalencia de desnutrición aumenta tras el ictus desde un 12% en el momento del diagnóstico hasta el 50% en enfermos con estancias prolongadas o en rehabilitación². La presencia de desnutrición empeora el pronóstico, aumenta las complicaciones y disminuye la recuperación funcional^{1,2}.

La aspiración es otra complicación muy frecuente e importante, que se desencadena cuando se sufre disfagia orofaríngea y cuyo resultado potencial es la neumonía por aspiración. La aspiración consiste en la canalización de alimentos, líquidos, saliva, fármacos orales o contenido gástrico en una dirección errónea, hacia la laringe y las vías respiratorias inferiores, lo que puede causar neumonía aspirativa. La neumonía aspirativa es la causa más frecuente de mortalidad durante el primer año después de un ictus y se ha convertido en la tercera causa de mortalidad en mayores de 85 años^{1,2,4}.

La disfagia orofaríngea se vincula también con problemas psicológicos como depresión, así como con afectación de la calidad de vida, tanto para la persona que la sufre como para sus cuidadores. Las conductas alimentarias de aversión, generan una gran carga sobre los cuidadores y familiares. En la serie del Grupo Europeo para el Estudio de la Disfagia, el 36% de los enfermos refería evitar comer con otras personas, el 41% sentía ansiedad ante la comida y el 55% pensaba que la disfagia había empeorado su calidad de vida².

Teniendo en cuenta todos estos datos, se decidió implantar un programa para la valoración y tratamiento de la disfagia orofaríngea, con el fin de mejorar la atención que reciben los pacientes, familiares y cuidadores en la Unidad de Recuperación Funcional del Hospital Cruz Roja de Gijón.

■ OBJETIVOS

Los objetivos planteados en este estudio son:

- Conocer las características de los pacientes con disfagia orofaríngea que ingresan en el Hospital Cruz Roja de Gijón en un período de 12 meses.
- Determinar los cuidados implantados para pacientes que sufren disfagia orofaríngea.
- Evaluar la educación dada a estos pacientes, y a sus familiares y cuidadores.

■ METODOLOGÍA

Se trató de un estudio descriptivo transversal que tuvo como muestra a pacientes con sospecha de disfagia, ingresados entre el 1 de febrero de 2019 al 31 de enero de 2020, que abarcó los primeros 12 meses tras la puesta en marcha del programa para la valoración y tratamiento de la disfagia orofaríngea.

El diagnóstico y el tratamiento de la disfagia requiere el trabajo de un equipo multidisciplinar formado por varios profesionales (enfermera, dietista, geriatra y logopeda) que, de una manera conjunta, es capaz de ofrecer el mejor diagnóstico y tratamiento posible. El objetivo del equipo va encaminado a la identificación temprana de pacientes con síntomas de disfagia, su diagnóstico y la aplicación del tratamiento adecuado para que el paciente pueda realizar una deglución segura y eficaz, evitando así complicaciones como desnutrición, deshidratación o neumonías aspirativas.

El facultativo responsable del paciente es el encargado de solicitar la interconsulta de disfagia a la enfermera y la valoración y/o tratamiento de la logopeda del centro.

La valoración de la disfagia orofaríngea se llevó a cabo a pie de cama y siempre por el mismo personal de enfermería, mediante una revisión previa de la historia clínica, entrevista con el paciente, exploración detallada y el MECV-V.

En la revisión previa de la historia se tienen en cuenta: los antecedentes de riesgo (como EPOC, infecciones respiratorias, patologías neurológicas, demencias, neoplasias de cabeza y cuello, medicaciones de riesgo), el tipo de dieta prescrita por su médico, la dieta solicitada al servicio de cocina, y se revisan las observaciones de enfermería registradas hasta el momento.

Una vez realizada la revisión de la historia clínica, se pasa a realizar la exploración del paciente a pie de cama y, si se puede, en presencia de la familia. Se coloca el pulsioxímetro, para mantener monitorizada la saturación de oxígeno, y se realiza una breve entrevista al paciente para conocer su situación previa y cuál era la dieta que consumía antes del ingreso. A continuación, se realiza una exploración (tablas 1 a 3).

Al finalizar la exploración se procede a la realización del MECV-V (fig. 1), que consiste en administrar, con el paciente sentado y monitorizando la saturación de oxígeno, 5, 10 y 20 ml de agua en texturas néctar, *pudding* y líquido obtenidas con espesante comercial. Con el fin de detectar posibles alteraciones en la seguridad y/o eficacia de la deglución y ayudar a seleccionar el volumen y la viscosidad que son bien toleradas por el paciente.

El MECV-V se inicia, según se indica en la figura 1, administrando 5 ml de un bolo de viscosidad néctar, a continuación se progresa con 10 y 20 ml de la misma viscosidad. Una vez valorada dicha textura se continúa la prueba administrando los mismos volúmenes con líquido claro y con textura *pudding*. Al dar cada bolo, siempre hay que indicar al paciente que retenga el contenido en la boca antes de tragar, y una vez que trague el contenido solicitar que abra la boca, para comprobar si hay residuo oral y que repita su nombre completo, para comprobar si hay cambios en el tono de voz.

En cada ocasión se registra si se producen signos de alteración de la eficacia y/o de la seguridad (tabla 4).

Cuando se encuentra algún signo que compromete la seguridad del paciente, no se pasa ni a un volumen mayor ni a una viscosidad inferior.

Si durante la exploración, el paciente presenta un signo de alteración de la eficacia, la prueba para ese volumen y esa viscosidad se considera positiva.

Si presenta alguna de las alteraciones de la seguridad, la prueba para ese volumen y viscosidad se considera positiva, es decir, será un bolo poco seguro para el paciente, por lo que es necesario aumentar la viscosidad y/o disminuir el volumen para poder hidratarlo y nutrirlo de forma segura.

Tabla 1. Fase oral preparatoria

Debemos explorar	Cómo realizarlo
Competencia del esfínter labial	Observar presencia de babeo Pedir al paciente que frunza los labios
Movimientos de la lengua de una manera simple ofreciendo resistencia con el depresor	Pedirle que movilice la lengua: hacia delante, atrás y hacia ambos lados. Dejar el depresor en la boca del paciente y pedirle que lo mueva él solo (con ayuda de la lengua) hacia el lado derecho y luego hacia el izquierdo
Masticación	Solicitarle que apriete los molares, mientras nosotros palpamos simultáneamente los músculos maseteros derecho e izquierdo
Movilidad de la mandíbula	Movimiento anteroposterior, lateral, apertura y cierre
Sensibilidad orofaríngea derecha e izquierda	Tocar con un depresor la mucosa faríngea, para ver cómo se retrae
Capacidad de realizar <i>tipper</i>	Que el paciente haga chasquidos con la lengua
Comprobar el estado de la dentición	Valorar la higiene oral, el estado de los dientes y la lengua. Si lleva prótesis dental comprobar si está bien ajustada

Tabla 2. Fase oral de transporte

Debemos explorar	Cómo realizarlo
Capacidad para el transporte del bolo alimenticio	Pedirle que con la punta de la lengua haga un barrido desde los incisivos hacia atrás recorriendo todo el paladar duro
Verificar el sello palatogloso	Que pronuncie la consonante K/K/K
Valorar la fuerza de propulsión	Presionar con un depresor la base de la lengua y sentir la fuerza que ejerce

Tabla 3. Fase faríngea

Debemos explorar	Cómo realizarlo
Cambios en el tono de voz	Observar si presenta un tono de voz más húmedo, nasal o ronco
Retraso en el disparo de deglución	Se palpa la laringe en el cuello del paciente, se le indica que trague y cronometramos mentalmente el ascenso laríngeo
Acumulación de residuos y su localización	Solicitar al paciente que abra la boca después de la deglución, comprobar si hay residuos y dónde se encuentran

Se determina que no existe disfagia cuando no se evidencian signos de alteración en la seguridad ni en la eficacia en ningún momento de la prueba.

Una vez realizado el test, la enfermera responde a la interconsulta, determina el diagnóstico de disfagia orofaríngea y la gravedad, se coordina con logopeda, dietista y con el médico para llevar a cabo el tratamiento, la pauta en el plan de cuidados, el diagnóstico de enfermería NANDA, riesgo de aspiración, programa los cuidados a seguir por los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y explica la valoración realizada y las medidas que tiene que llevar a cabo la familia o cuidador, entregándoles unas recomendaciones por escrito para facilitar la comprensión.

Actualmente, los cuidados que se implantaron en el Hospital son de 4 tipos: dietéticos, cuidado bucal, posturales y formativos. Para ello, se tomaron las siguientes medidas:

- Dar los líquidos con la textura adecuada, dejando constancia de manera visual en el cabecero de la cama del paciente la textura que precisa y las instrucciones sobre cómo se prepara.
- Adaptar la dieta a cada caso. Se dispone de 4 tipos: fácil masticación, una de transición y dos trituradas de distinta densidad según la gravedad.
- Prestar especial atención en el momento de las ingestas de líquidos o de alimentos para que mantenga una buena postura corporal y evite distracciones.
- Favorecer la ingesta hídrica con agua texturizada y agua gelificada.
- No utilizar pajitas, ni jeringas, ni gelatinas comerciales.
- Adaptar los utensilios, como el uso de vasos escotados y cucharas pequeñas.
- Monitorización diaria de la ingesta nutricional e hídrica del paciente y correcto registro en la historia clínica.
- Medidas posturales en los momentos de ingesta de alimentos o líquidos:
 - Paciente correctamente sentado, en ángulo recto, con los pies apoyados en el suelo.
 - Maniobra postural de flexión anterior del cuello o, en el caso de que haya sufrido un ictus, rotación de la cabeza hacia el lado afectado.

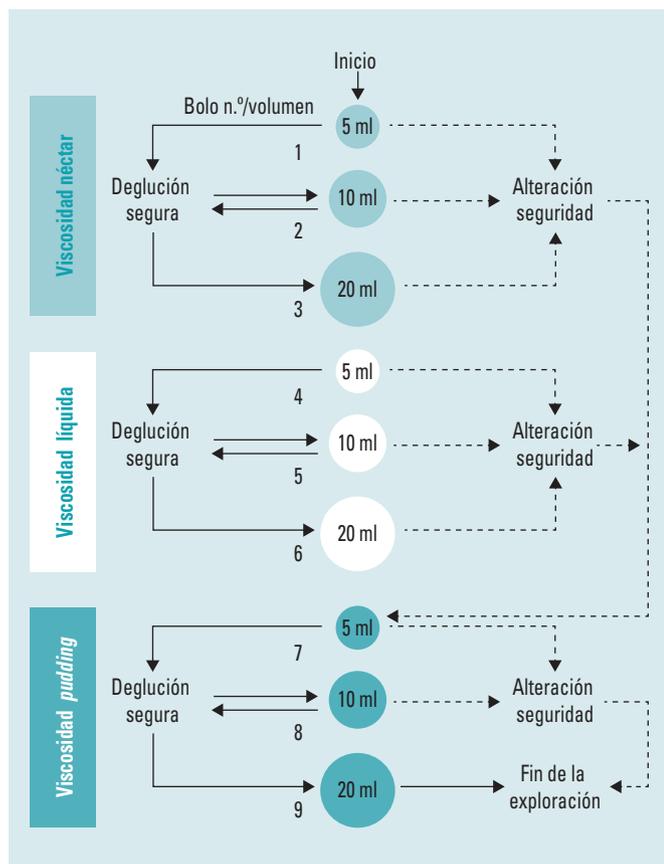


Figura 1. Método de exploración clínica volumen-viscosidad (MECV-V).

Tomado de referencias 1 a 6.

- Si el paciente no consigue mantener el tronco elevado y recto, colocar cojines a su alrededor.
- Si el paciente está encamado, reclinar el cabecero con el tronco formando un ángulo de unos 45° y con la cabeza ligeramente levantada e inclinada hacia delante.
- Cuidado bucal correcto, especialmente después de todas las comidas y durante el aseo.
- Informar a la familia del resultado de la valoración.
- Instruir a la familia o cuidadores recomendaciones para el manejo de la disfagia y entregar manual. Explicar todas las dudas que les puedan ir surgiendo a lo largo del ingreso.

Tabla 4. Signos de alteración de la seguridad y de la eficacia

Signos de alteración de la seguridad	Signos de alteración de la eficacia
Tos: indica que se ha producido una aspiración	Sello labial: incapacidad para mantener el bolo dentro de la boca. Un inadecuado sello labial favorece la pérdida de parte del bolo
Cambios en el tono de voz: La voz húmeda o sin fuerza es indicativa de penetración	Residuo oral: la presencia de residuos predeglución indica una alteración de la propulsión lingual Residuo faríngeo: sospecha de presencia de partículas del bolo en la faringe, que dejan sensación de tener residuos en la garganta
Disminución del nivel de saturación de oxígeno: una disminución del 3% de la saturación basal sugiere una aspiración silente, si baja por debajo del 5% es una aspiración franca	Deglución fraccionada: necesidad de realizar varias degluciones para el mismo bolo

- Una vez dado de alta el paciente, se registra en el informe médico, de enfermería y del logopeda la valoración MECV-V realizada y los cuidados que precisa al alta.

Para la realización del estudio se recogieron las siguientes variables:

- Diagnóstico principal.
- Edad.
- Sexo.
- Estado social (vive solo, con cuidador o familia, institucionalizado).
- Solicitud de interconsulta de disfagia.
- Intervención del logopeda.
- Valoración del cuidado bucal.
- Datos obtenidos en la valoración de la deglución: confirmación o no de disfagia, grado de afectación, presencia de alteraciones de la seguridad y/o de la eficacia.
- Dieta solicitada y textura de los líquidos.
- Recomendaciones para familiares o cuidadores.
- Registro correcto en el informe de alta de enfermería.
- Pauta diagnóstico NANDA de riesgo de aspiración.

En cuanto al análisis estadístico, se realizó un estudio descriptivo de las distintas variables que se evaluaron mediante la media en las variables cuantitativas y la frecuencia absoluta y relativa en las cualitativas.

■ RESULTADOS

El estudio incluye a 101 pacientes ingresados entre el 1 de febrero de 2019 y el 31 de enero de 2020, y abarcó los primeros 12 meses tras la puesta en marcha del programa de valoración y tratamiento de la disfagia orofaríngea. De estos pacientes se evaluaron un total de 86, cuyo diagnóstico principal era ictus, 7 cuyo diagnóstico principal era fractura de cadera y 8 casos con otros diagnósticos principales, como pérdida funcional o infección respiratoria. Es decir, el 85,1% de los pacientes valorados en este estudio tenía como diagnóstico principal ictus, ya que esta ha sido fundamentalmente la población diana en la que se ha centrado en un principio el programa.

La media de edad de los pacientes evaluados fue de 81,09 ± 8,54 años, respecto al sexo, hubo un total de 49 mujeres y 52 hombres, con una ligera mayoría de los que habitaban en domicilio con un cuidador, y solo 4 de ellos estaban institucionalizados.

Se solicitaron un total de 91 interconsultas de disfagia, y todas ellas obtuvieron respuesta. En 10 casos se realizó el test en función del criterio del personal de enfermería.

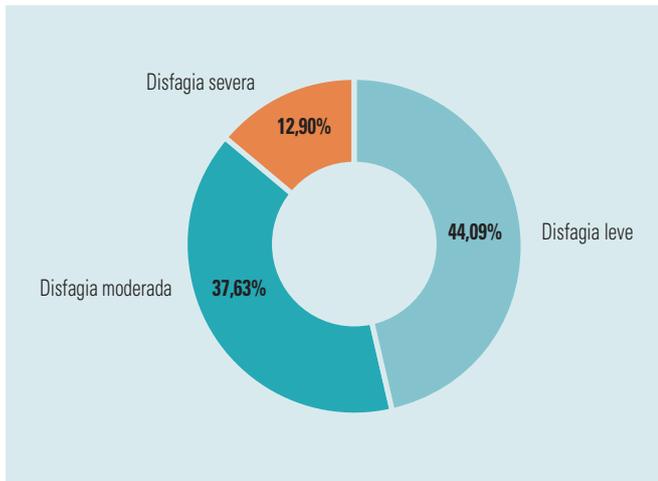


Figura 2. Porcentaje de disfagia orofaríngea según su gravedad.

El 53,4% de los pacientes que ingresaron entre el período del 1 de febrero de 2019 al 31 de enero del 2020, y cuyo diagnóstico principal era ictus, se diagnosticaron de disfagia, dando como resultado que un 47,2% de los casos diagnosticados con ictus presentaban también disfagia orofaríngea.

De los 101 pacientes valorados, 88 presentaron disfagia orofaríngea. En la figura 2 se muestra el grado de gravedad de esta, y destacó como más frecuente la disfagia orofaríngea leve.

Debido al estado de algunos pacientes, no se pudo realizar el MECV-V en 7 de los casos, aunque 2 de estos presentaron una mejoría clínica y se pudo realizar una reevaluación posteriormente y se les realizó el test. De los 94 pacientes a los que sí se les pudo realizar el test, un 78,7% presentó alteraciones de la seguridad, el 75,5% de la eficacia y un 67% presentó ambas.

De los pacientes diagnosticados con disfagia orofaríngea, un 80,6% fueron tratados por la logopeda del centro.

Solamente llegaron a precisar textura *pudding* el 14,13% de los pacientes diagnosticados, mientras que la textura néctar fue necesaria para un 34,78%.

Para mantener un adecuado aporte nutricional, en la mayoría de los casos se solicitó dieta túrmix, que la llegó a precisar el 44,09% de los pacientes, fundamentalmente por el estado de la dentición, ya que tenían un cuidado bucal deficiente y prótesis dental en mal estado. La siguiente dieta solicitada con más frecuencia fue la dieta fácil masticación adaptada a disfagia moderada, solicitada para un 33,70% de los casos, mientras que la menos usada fue la basal, que solo la precisó un 5,77%. La dieta túrmix espesa se utilizó en un 14,13% y la dieta túrmix más segundo plato blando se solicitó en un 5,43% de los casos.

Se revaloraron un total de 12 pacientes, lo que representa un 13,6% de los diagnosticados con disfagia orofaríngea. Todos ellos presentaron mejoría, y se llegó a modificar la textura pautada de los líquidos en 11 de ellos y se modificó la dieta en un total de 7.

Se entregaron recomendaciones de cuidados al 94,3% de los casos que presentaban disfagia y se pautó un plan de cuidados de enfermería por el riesgo de aspiración al 88,6% de los pacientes diagnosticados. En los informes de alta de enfermería solamente se reflejó el resultado del MECV-V realizado en 39 de casos valorados, aunque hay que tener en

cuenta que 6 pacientes permanecían ingresados en el momento del estudio y 8 de ellos han fallecieron durante el ingreso.

DISCUSIÓN

La frecuente presencia de disfagia en pacientes con enfermedades neurológicas y personas de edad avanzada hace necesaria la implantación de programas para la valoración y tratamiento de esta, con ellos se mejora la calidad asistencial y se previenen complicaciones importantes, como la deshidratación, la desnutrición y las neumonías aspirativas.

En cualquier centro que atienda a una proporción importante de pacientes con alta prevalencia de factores de riesgo para la presencia de disfagia es recomendable la existencia de un programa protocolizado de formación, detección e intervención. Dicho programa debe abarcar todos los cuidados que hay que implantar en estos pacientes, y no solo ir dirigido a los diferentes profesionales que intervienen en el cuidado, sino también a sus cuidadores y familiares claramente implicados en su alimentación.

CONCLUSIONES

El análisis pone de manifiesto que en nuestro centro hay una infrasolicitud de interconsultas de disfagia, y que el programa de cribado debe hacerse extensible a otras patologías en las que la prevalencia de disfagia es elevada, como pueden ser demencias (Parkinson o Alzheimer) o pacientes afectados por tumores orofaríngeos o del área maxilofacial, con el fin de mejorar la calidad asistencial en estas patologías.

Un punto a tener en cuenta es que, en los pacientes ancianos, con multipatologías asociadas y con mal estado general, para su valoración utilizamos el test MECV-V modificado, incluyendo la textura miel en el cribado. En la práctica se observa que esta densidad es mejor tolerada por el paciente y permite mantener la seguridad y la eficacia en la deglución.

Uno de los principales beneficios de la valoración ha sido poder dar un adecuado asesoramiento dietético, sobre todo a los pacientes en los que se confirmó la presencia de alteraciones mixtas, tanto en la seguridad como en la eficacia. Sin embargo, la dieta es uno de nuestros objetivos a mejorar, ya que actualmente no se dispone de dietas de transición convenientemente adaptadas.

Otro de los puntos que se debe perfeccionar sería el registro del estado bucal de los pacientes, dada la importancia que tiene este aspecto en la prevención de complicaciones.

En el programa de intervención se incluyen la instrucción de las personas que van a alimentar a los pacientes (técnicos en cuidados auxiliares de enfermería del centro, familiares y cuidadores) y la educación a la familia en el momento del diagnóstico. Se enseñan las maniobras posturales, la adecuación y preparación de las diferentes texturas, el correcto cuidado bucal y, el registro de la ingesta hídrica del paciente.

La reevaluación de la situación de disfagia en el momento del alta, en pacientes de media y larga estancia, pone de manifiesto la mejoría del deterioro de la deglución en todos ellos. Es fundamental, por tanto, llevar a cabo el cribado al alta hospitalaria y registrar el resultado en el informe de cuidados de enfermería, con el fin de que desde atención primaria se pueda continuar con el tratamiento y llevar a cabo un seguimiento adecuado del paciente ■

Conflicto de intereses

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses.

■ BIBLIOGRAFÍA

1. Cichero J, Clavé P. Los peñaños para vivir bien con disfagia. En: Nestlé Nutrition Institute Workshop Serie. 2011 [consultado 25-1-2020]. Disponible en: <https://www.nestlenutrition-institute.org/docs/default-source/latam-document-library/publications/secured/8ff584290aac34fad34b9650762a8993.pdf?sfvrsn=0>
2. Clavé Civit P, García Peris P. Guía de diagnóstico y de tratamiento nutricional y de rehabilitación de la disfagia orofaríngea. Barcelona: Editorial Glosa; 2015.
3. Clavé P, Terré R, De Kraa M, Serra M. Approaching oropharyngeal dysphagia. *Rev Esp Enferm Dig.* 2004;96(2):119-31.
4. Ferrero López ML, Castellano Vela E, Navarro Sanz R. Utilidad de implantar un programa de atención a la disfagia en un hospital de media y larga estancia. *Nutr Hosp.* 2009;24(5):588-95.
5. Silveira Guijarro LJ, Domingo García V, Montero Fernández N, Osuna del Pozo CM, Álvarez Nebreda L, Serra-Rexach JA. Disfagia orofaríngea en ancianos ingresados en una unidad de convalecencia. *Nutr Hosp.* 2011;26(3):501-10.
6. Clavé P, Arreola A. Método de exploración clínica volumen-viscosidad (MECV-V). Novartis Medical Nutrition; 2006.