

Disfagia: una aproximación a los trastornos de la deglución desde la farmacia comunitaria

Cada uno de nosotros produce entre 0,5 y 1,5 litros de saliva al día y tragamos como media una vez por minuto de forma espontánea¹. ¿Qué pasaría si el proceso de deglución no se pudiera llevar a cabo de forma eficaz y segura? La dificultad para tragar se conoce como disfagia y afecta a más personas de las que piensas.

**Judith Abizanda García¹,
Eva Hortas Pastor¹,
Anna Paré Vidal²,
Anna Bach-Faig³**

¹Farmacéutica. Máster en Nutrición y Salud. Vocalía de Alimentación y Nutrición del Colegio Oficial de Farmacéuticos (COF) de Barcelona.

²Farmacéutica y dietista-nutricionista. Vocalía de Alimentación y Nutrición del COF de Barcelona.

Profesora colaboradora en la Universitat Oberta de Catalunya.

³Farmacéutica. Máster y Doctorado en Nutrición y Salud Pública. Vocal de Alimentación y Nutrición.

COF de Barcelona. Directora del Máster Nutrición y Salud. Universitat Oberta de Catalunya

La deglución consiste en el paso de sustancias sólidas y líquidas desde la boca hasta el estómago. Este proceso de transporte es complejo porque conlleva realizar una serie de secuencias motoras, tanto voluntarias como involuntarias, controladas por el sistema nervioso central².

Los trastornos que afectan al proceso de deglución constituyen un grupo amplio y heterogéneo de alteraciones funcionales o estructurales que dificultan la formación y el transporte del bolo alimenticio. Habitualmente, el término *disfagia* hace referencia a la dificultad que presenta una persona para tragar alimentos sólidos o líquidos.

Dys: dificultad

Phagia: comer

Se distinguen dos tipos de disfagia en función de la localización anatómica³:

Disfagia orofaríngea (DO), cuando la dificultad se presenta al inicio de la deglución, durante la progresión del bolo alimenticio de la boca al esófago. Supone casi el 80 % de los diagnósticos de disfagia.

Disfagia esofágica (DE), cuando el problema se localiza entre el esófago y el inicio del estómago. Supone el 20 % de los diagnósticos.

Sin embargo, muchos trastornos de la deglución se pueden solapar y producir tanto DO como DE⁴.

«Las causas de disfagia son múltiples y frecuentemente se asocian al proceso de envejecimiento y/o a determinadas patologías, como las enfermedades neuromusculares»

Tabla 1. Principales causas de disfagia orofaríngea

Neurológicas	<ul style="list-style-type: none"> • Accidente cerebrovascular (ictus) • Afecciones neurológicas como enfermedad de Parkinson, corea de Huntington, esclerosis múltiple, esclerosis lateral amiotrófica, demencias, síndrome de Guillain-Barré, etc. • Tumores del tronco del encéfalo
Musculares	<ul style="list-style-type: none"> • Poliomiocitis, diversas distrofias musculares como distrofia de Steinert o Duchenne, miopatías metabólicas como tirotoxicosis, mixedema o Cushing, etc.
Estructurales	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades orgánicas (obstructivas) como divertículo cervical de Zenker; síndrome de Plummer-Vinson; abscesos retrofaríngeos; neoplasias de la cavidad oral, faringe y laringe; presencia de cuerpo extraño; procesos inflamatorios e infecciosos, etc.
Otras	<ul style="list-style-type: none"> • Envejecimiento (prebifagia) • Toma de determinados fármacos (antipsicóticos, antiepilépticos, anticolinérgicos, etc.) • Enfermedades infecciosas (sífilis, tuberculosis, etc.) • Alteraciones funcionales como la acalasia • Cirugía, lesiones posquirúrgicas y radiación

Adaptado de *Disfagia orofaríngea: soluciones multidisciplinarias y Guía de disfagia. Manejo de la disfagia en AP*⁷.

La DO afecta a personas de todas las edades (entre el 1,7 y el 11,3 % de la población general hasta el 26 % de personas mayores de 75 años)³. Las personas de mayor riesgo son las de edad avanzada, pacientes con enfermedades neurológicas o neurodegenerativas y aquellos con tumores de cabeza y cuello⁵. Aunque las cifras de prevalencia comunicadas varían en función de la metodología utilizada, los estudios apuntan a que la DO afecta a un 27 % de los adultos mayores que residen de forma independiente en la comunidad y a más del 80 % de las personas mayores institucionalizadas⁶, al 38-78 % de los pacientes que han sufrido un ictus, al 18-82 % de los afectados de Parkinson y al 80 % de los pacientes con Alzheimer³.

Debido a su alta prevalencia, desde 2016 la DO es considerada un síndrome geriátrico por parte de la European Society for Swallowing Disorders (ESSD) y la European Union Geriatric Medicine Society (EUGMS).

La DE es menos prevalente que la DO. Puede ser aguda o estar relacionada con enfermedades de la mucosa o del mediastino que obstruyen el esófago, enfermedades neuromusculares que afectan al músculo liso esofágico o con causas posquirúrgicas⁴.

Las causas de disfagia son múltiples y frecuentemente se asocian al proceso de envejecimiento y/o a determinadas patologías, como las enfermedades neuromusculares (Tabla 1).

El farmacéutico, por ser un profesional sanitario con la suficiente formación y que disfruta de una privilegiada posición para servir de apoyo a la población, tiene un papel clave para facilitar el diagnóstico de disfagia, detectar complicaciones como la malnutrición y la deshidratación, así como asesorar en la correcta higiene oral y en la adaptación de texturas en la alimentación.

¿Cuándo debemos sospechar de disfagia?

Existen una serie de signos y síntomas que pueden alertar sobre la presencia de disfagia (Tabla 2). El farmacéutico comunitario puede ayudar a los pacientes y a sus cuidadores a detectarlos con el principal propósito de derivar al médico y llevar a cabo un abordaje multidisciplinar.

Para la identificación de pacientes con disfagia en la farmacia comunitaria existe una herramienta muy útil: el cuestionario *Eating Assessment Tool 10* (EAT-10) (Tabla 3). Se trata de un método de cribado rápido de utilizar y fácil de calificar, aplicable tanto a pacientes con DO como DE. El cuestionario incluye 10 preguntas que el paciente debe contestar, de forma subjetiva, dando una respuesta numérica que va desde el 0 hasta el 4: el valor 0 indica ausencia del problema, mientras que el 4 indica un problema de gravedad⁸.

Tiene una puntuación máxima de 40 puntos; si el total es igual o mayor a 3, indica que el paciente puede pre-

Tabla 2. Signos y síntomas más frecuentes de disfagia

- Tos frecuente y babeo durante las comidas
- Carraspeo frecuente
- Cambios de voz después de la deglución
- Atragantamiento o regurgitación del alimento
- Degluciones fraccionadas y/o repetitivas: tragar la comida en pequeñas cantidades, poco a poco
- Sialorrea: se escapa comida por la boca
- Regurgitación nasal y/u oral
- Dificultad para tragar líquidos
- Residuos de comida en la boca y/o la garganta posdeglución
- Sensación de ahogo con o sin tos, antes, durante o después de tragar
- Tiempo prolongado para comer
- Pérdida involuntaria de peso, signos de desnutrición y deshidratación
- Rechazo a determinados tipos de comida por el esfuerzo que conlleva tragarla
- Infecciones respiratorias de repetición
- Pícos de fiebre de etiología inespecífica
- Halitosis por acumulación de comida en la boca

Adaptado de *Disfagia orofaríngea: soluciones multidisciplinarias y Guía de disfagia. Manejo de la disfagia en AP*⁷.

sentar disfagia, y que es conveniente realizar una exploración clínica y determinar la seguridad de la deglución con otros métodos de cribado.

El método de exploración clínica volumen-viscosidad (MECV-V) se usa para diagnosticar la DO en el medio hospitalario. Detecta alteraciones de la eficacia y de la se-

guridad, orienta sobre la textura y el volumen más seguros para la deglución, y además permite seleccionar a pacientes que deben ser estudiados de forma más exhaustiva con otras pruebas complementarias⁹.

¿Qué complicaciones pueden surgir?

Las consecuencias derivadas de la DO conllevan alteraciones de la eficacia y de la seguridad de la deglución (Figura 1).

En primer lugar, si se produce una disminución en la eficacia de la deglución aumenta el riesgo de **deshidratación** y **desnutrición**. La preocupación de los pacientes con disfagia y de sus cuidadores ante un posible atragantamiento puede generar rechazo a la alimentación¹¹, lo que implica que se consumen menos calorías, nutrientes y agua de los necesarios para estar bien nutrido e hidratado.

Una ingesta inadecuada de líquidos favorece la deshidratación y puede comportar confusión mental, reducción de la salivación (aumento de bacterias en la cavidad orofaríngea), disminución de la expectoración y un mayor riesgo de infección por broncoaspiración.

Por otro lado, la desnutrición conlleva pérdida de peso y debilidad, que empeoran la situación clínica del paciente. Se producen un deterioro de la función inmunitaria, que aumenta el riesgo de enfermedades infecciosas¹², y una pérdida de masa muscular, que empeora la dificultad para tragar bien¹.

En segundo lugar, la disminución de la seguridad en la deglución conlleva complicaciones respiratorias debidas a la aspiración de la saliva y de otras sustancias contaminadas por bacterias. Dicha broncoaspiración puede desencadenar una neumonía y aumentar el riesgo de mortalidad.

Tabla 3. Eating Assessment Tool-10 (EAT-10)

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

Fuente: *Guía de disfagia. Manejo de la disfagia en AP*⁷.

«Para la identificación de pacientes con disfagia en la farmacia comunitaria existe una herramienta muy útil, que es el cuestionario Eating Assessment Tool 10 (EAT-10)»

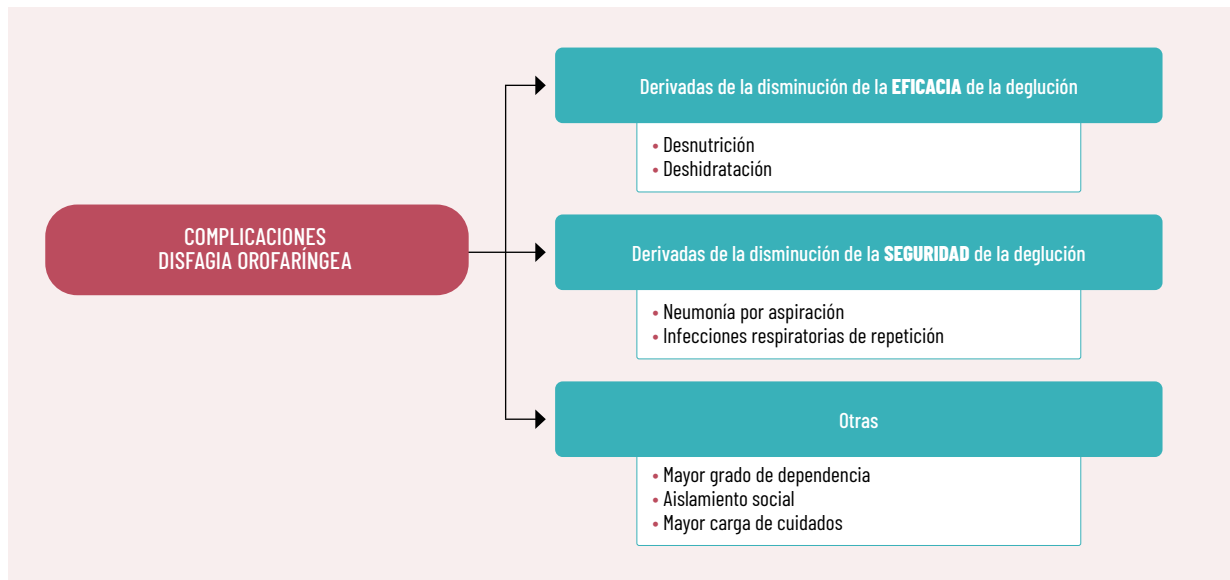


Figura 1. Complicaciones de la disfagia orofaríngea. (Adaptado de Sociedad Española de Geriátria y Gerontología. Tratado de geriatría para residentes. Disfagia¹⁰)

En determinadas situaciones, la carga bacteriana de la cavidad orofaríngea está colonizada por gérmenes más patógenos que la microbiota oral habitual (Tabla 4). La aspiración de dichos microorganismos a los pulmones provoca infecciones respiratorias, como **neumonía por aspiración**. Entre las bacterias frecuentemente relacionadas con esta infección se encuentran *Haemophilus influenzae* y *Streptococcus pneumoniae*, seguidas de enterobacterias (*Klebsiella pneumoniae* y *Escherichia coli*) y *Pseudomonas aeruginosa*¹³.

Tabla 4. Factores de riesgo de colonización orofaríngea

- Edad avanzada
- Mala higiene dental y oral
- Tabaquismo
- Desnutrición y deshidratación
- Determinados medicamentos: antibioticoterapia previa, uso de inhaladores y aerosoles, toma de fármacos que aumentan el pH gástrico, etc.
- Disminución de la efectividad del sistema inmunitario
- Pacientes portadores de sonda nasogástrica y/o intubación orotraqueal

Adaptado de Neumonía aspirativa en pacientes adultos mayores¹⁴.

Se estima que hasta un 50 % de los pacientes que broncoaspiran desarrollan neumonía por aspiración¹. Para su prevención se pueden recomendar diversas estrategias, como mantener al paciente en posición adecuada mientras come (principalmente sentado o semisentado), cuidar la higiene bucal y mantener una adecuada hidratación, abandonar el hábito tabáquico, evitar la toma de antibióticos innecesarios, utilizar sonda nasogástrica solo cuando sea estrictamente necesario y administrar vacunas antineumocócica y antiviral, entre otras¹⁵.

Además de las complicaciones relacionadas con la eficacia y la seguridad de la deglución, hay que tener en cuenta que estos pacientes ven empeorada claramente su calidad de vida por el impacto psicológico y social que implican los trastornos en la deglución¹⁶. Cabe destacar que no solo los pacientes sufren este impacto en su calidad de vida; sus cuidadores y familiares también pueden verse afectados por la sobrecarga de cuidados que pueden provocar la disfagia y sus complicaciones⁷.

¿Cómo actuar ante un paciente con disfagia orofaríngea? Papel del farmacéutico

Para evitar las principales complicaciones derivadas de la disfagia, es fundamental realizar una buena higiene oral y adaptar la alimentación del paciente, con el obje-

Disfagia: una aproximación a los trastornos de la deglución desde la farmacia comunitaria

tivo de minimizar el riesgo de infecciones respiratorias y de que la deglución sea segura y eficaz, a la vez que se cubren las necesidades nutricionales.

La importancia de la higiene oral

La mala higiene de los dientes y de la boca aumenta la colonización bucal por gérmenes y la posibilidad de infección respiratoria por aspiración orofaríngea.

Diversos estudios describen el mismo patógeno en la cavidad oral y en los pulmones en el 75 % de los pacientes con neumonía aspirativa¹⁷.

Se recomienda:

- Limpiar la boca y los dientes antes y después de cada comida.
- Utilizar limpiadores de lengua (siempre de atrás hacia la punta de la lengua), y gasas impregnadas con enjuague bucal en caso necesario.
- Emplear clorhexidina al 0,2 % o al 0,12 % para reducir la colonización oral, excepto en pacientes con hipersensibilidad conocida a la clorhexidina o con cirugía o traumatismo orofaríngeo.
- Es más efectiva la fricción del cepillo que el uso de pasta dentífrica.
- Evitar usar irrigadores bucales por riesgo de atragantamiento.

- Limpiar adecuadamente las prótesis dentales con un cepillo de prótesis y pasta dental después de cada comida.
- Limpiar el recipiente de almacenamiento de la prótesis dental para evitar el crecimiento de microorganismos.
- Antes de la ingesta puede pasarse una gasa húmeda para mejorar la manipulación del bolo alimenticio.
- Mantener los labios hidratados.
- En caso de disfagia grave, pueden utilizarse cepillos suaves conectados a aspiración.

En pacientes de edad avanzada, es importante fomentar y reforzar la higiene bucodental para prevenir la neumonía por aspiración. La combinación del cepillado con el uso de clorhexidina consigue los mejores resultados para la higiene oral¹⁷.

Alimentación segura y eficaz

Para minimizar el riesgo de atragantamiento y asegurar una deglución segura, es preciso tener en cuenta las siguientes **recomendaciones generales durante las comidas**:

- Asegurar un ambiente relajado y tranquilo.
- Evitar distracciones.
- Buscar la postura más adecuada del paciente incorporando la cama o el respaldo de los sillones.

Tabla 5. Alimentos que suponen riesgo de disfagia

Alimentos que se deben evitar	Ejemplos	Sugerencias alternativas
Alimentos con textura mixta	Leche con galletas, pan o magdalenas, sopa con pasta o arroz, cereales o muesli con leche, yogur con trozos	Elaborar una papilla de textura uniforme con suficiente pan, escoger yogures sin trozos o naturales
Alimentos que desprenden líquido	Sandía, melón, mandarina, naranja, pera de agua	Elaborar papillas o compotas de fruta fresca, plátano chafado con un tenedor, manzana asada
Alimentos pegajosos	Croquetas, leche condensada, caramelos masticables, bollería, miel, chocolate, plátano, pan de molde	Preparar un puré con patata y mayonesa
Alimentos resbaladizos	Almejas, guisantes, maíz, caramelos, lentejas, garbanzos	Elaborar hummus de legumbres o crema de guisantes de textura homogénea*
Alimentos que se deshacen en la boca	Helados, gelatinas comerciales	Optar por aguas gelificadas o módulos espesantes
Alimentos fibrosos	Puerro, piña, lechuga, espárragos, apio	Elaborar crema de puerro, espárragos o apio de textura homogénea*
Alimentos que se desmenuzan en la boca	Pan tostado, hojaldre, carne picada, galletas, frutos secos, patatas tipo chips	Mezclar con leche y triturar hasta conseguir una papilla
Alimentos con pieles y/o semillas	Pescados con espinas, mandarinas, uvas, fresas, tomates	Pastel de pescado o elaborar papillas o compotas de fruta fresca

*Se recomienda triturar y colar las preparaciones culinarias si es preciso con un colador chino para homogeneizar la textura. Adaptado de *Aspectos relacionados con el tratamiento nutricional y de hidratación y soluciones de la disfagia orofaríngea*⁸.

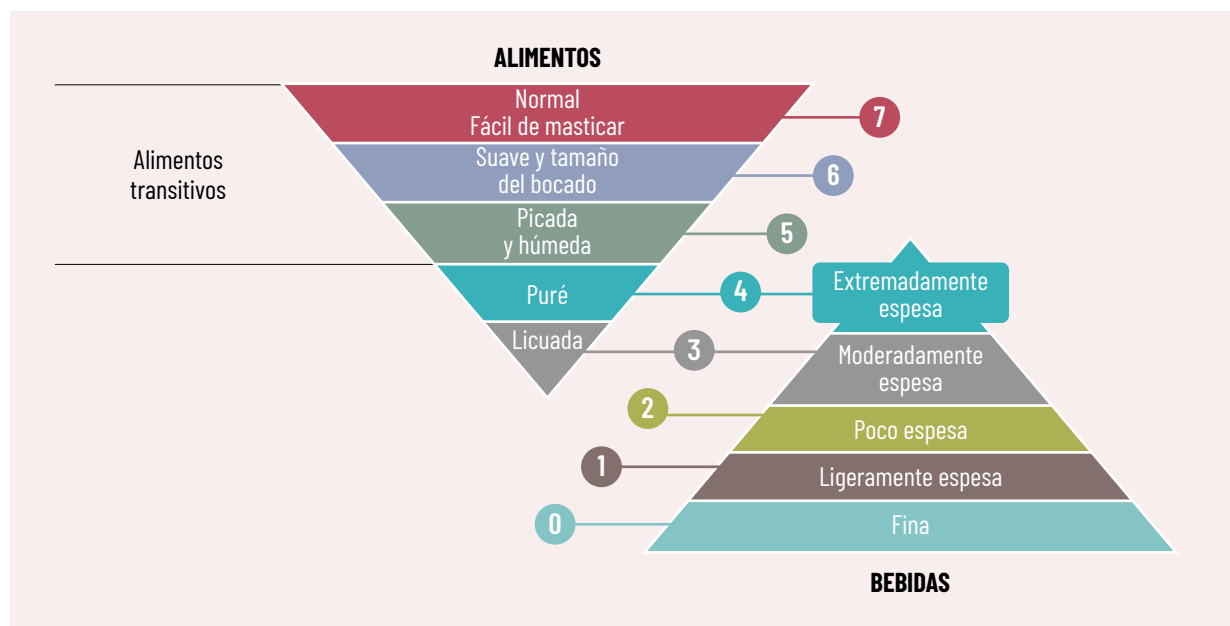


Figura 2. Clasificación de la textura de alimentos sólidos y líquidos según la IDDSI (International Dysphagia Diet Standardisation Initiative). (Fuente: adaptada de *Métodos de prueba del marco de la IDDSI 2.0th*.)

- Inclinar ligeramente la cabeza hacia delante durante la deglución.
- Utilizar vasos que sean cortos y anchos, o con ventana para la nariz, para evitar inclinar la cabeza hacia atrás al beber.
- No utilizar jeringas, pajitas ni envases por extrusión por riesgo de aspiración.
- Si el paciente es autónomo, debe comer solo y a su ritmo. Si necesita ayuda, el cuidador debe sentarse por debajo del nivel del asiento del paciente.
- Ofrecer varias comidas al día y evitar volúmenes grandes (a menudo apetece más comer dos purés diferentes de menor volumen que uno solo de mayor volumen).
- Evitar alimentos con riesgo de atragantamiento y asegurar texturas homogéneas (sin grumos, pieles, huesos, tendones, etc.) (Tabla 5).

Adaptación de texturas y uso de espesantes

Los cambios que se deben llevar a cabo en la alimentación implican la adaptación de las texturas de los sólidos y/o de la viscosidad de los líquidos, para conseguir una deglución segura y eficaz que garantice los requerimientos nutricionales del paciente con disfagia.

A nivel internacional existen diversas clasificaciones con los niveles de textura para sólidos y viscosidad para líquidos. Algunas de las más conocidas son las recomendadas por la American Dietetic Association (ADA) y la British Dietetic Association (BDA). Sin embargo, con el fin de estandarizar las definiciones que describen los alimen-

tos con textura modificada y bebidas espesas utilizadas en personas con disfagia, la International Dysphagia Diet Standardisation Initiative (IDDSI) ha desarrollado una nueva clasificación (Figura 2). Este estándar está constituido por ocho niveles, donde las bebidas se miden desde los niveles 0 a 4 y los alimentos desde los niveles 3 a 7¹⁹.

¿Cómo adaptar la textura de los alimentos sólidos?

En los pacientes con disfagia, es preciso individualizar la modificación de la textura de los alimentos según el grado de disfagia y la capacidad de deglución de cada paciente. Pueden ofrecerse alimentos blandos, como, por ejemplo, canelones, pastel de pescado, tortilla o compota de fruta, o bien triturados y con una textura homogénea.

Como se ha comentado anteriormente, es importante evitar las preparaciones que tengan dobles texturas de líquidos y sólidos, así como grumos, espinas, pieles o semillas.

Es preciso asegurar un buen aporte proteico y energético, por lo que no se debe añadir más líquido del necesario ya que aumentaría el volumen de la comida y reduciría la densidad nutricional. Considerar la posibilidad de ofrecer suplementos de alto valor nutricional adaptados a la textura y a la viscosidad más segura para el paciente.

La presentación de los platos debe ser atractiva. Cuantos más alimentos se trituran juntos, más confuso es el color final, así que a menudo se consiguen mejo-

«El farmacéutico tiene que conocer la técnica para la preparación de los espesantes, recomendar su uso en aquellos pacientes con disfagia que lo requieran, así como resolver las consultas relacionadas con su modo de empleo por parte de los pacientes y sus cuidadores»

Tabla 6. Adaptación de viscosidades

Tipo de viscosidad	Características	Ejemplos
Líquido fino	• Al decantarlo fluye con rapidez, sin modificación de la viscosidad	Agua, leche, infusión, café
Néctar	• Al decantarlo cae en forma de hilo • Se puede beber en taza o vaso	Zumo de melocotón, yogur líquido, crema de leche
Miel	• Al decantarlo cae en forma de gotas espesas • Se puede beber en taza, vaso o cuchara, pero en esta última no mantiene la forma	Miel, yogur
Pudín	• Al decantarlo cae en forma de bloques • Solo se puede tomar con cuchara	Flan, puré

Adaptado de *Guía de diagnóstico y de tratamiento nutricional y rehabilitador de la disfagia orofaríngea*⁵.

res resultados triturando pocos ingredientes y de un mismo color, que después pueden combinarse en el plato jugando con diferentes formas y colores. Pueden usarse espesantes para preparar flanes, pasteles de carne, pescado o verduras.

En caso de desnutrición o riesgo de padecerla, es necesario enriquecer los platos con alimentos que aporten una alta densidad de nutrientes y, sobre todo, que mantengan la textura adecuada a cada paciente. Algunos ejemplos de alimentos que se pueden incorporar al cocinar son leche en polvo, clara de huevo, huevo duro, aceite de oliva, frutos secos en polvo o aguacate, entre otros.

¿Cómo adaptar la viscosidad de los líquidos? Módulos espesantes

Espesar los líquidos se considera un pilar básico en el tratamiento de los pacientes con disfagia. El aumento de la viscosidad es una estrategia compensatoria muy utilizada porque ayuda a mejorar la función deglutoria y protege frente a posibles aspiraciones a las vías respiratorias²¹.

Al adaptar la consistencia de los líquidos hay que tener en cuenta el grado de disfagia de cada paciente. Para ello, en la Tabla 6 se definen los diferentes rangos de viscosidad según sus propiedades cualitativas.

Los espesantes son productos útiles para espesar una comida, agua u otros líquidos tanto fríos como calientes (por ejemplo, zumo de fruta, leche, café, caldo o gazpacho). Para facilitar la deglución se pueden utilizar tanto

espesantes naturales (maicena, harinas, sémolas o copos de patata) como espesantes comerciales. En cuanto a estos últimos, conviene seguir las indicaciones de cada fabricante para prepararlos y obtener la viscosidad deseada. En cualquier caso, las comidas, agua u otros líquidos se deben espesar en el momento en que vayan a consumirse.

En la farmacia se comercializan dos tipos de módulos espesantes:

- **Espesantes a base de almidón:** habitualmente se utiliza almidón de maíz modificado o maltodextrinas derivadas del maíz. Estos espesantes retienen agua en su interior y tienen tendencia a aumentar su viscosidad a lo largo del tiempo. Por ello, al prepararlos, antes de añadir más producto es mejor esperar unos minutos y posteriormente añadir más si fuera preciso. Suelen dejar el líquido opaco y pueden alterar el sabor del líquido espesado.
- **Espesantes a base de gomas:** como goma guar, goma xantana, goma tara y carragenanos. Estos espesantes se diferencian de los anteriores en que mantienen la viscosidad en el tiempo, necesitan menos concentración de producto para obtener la consistencia deseada, tienen menor riesgo de formación de grumos, y no alteran ni el color ni el sabor del líquido espesado, mejorando así la adherencia al tratamiento.

Otros agentes que cumplen un propósito muy similar a los espesantes son las **aguas gelificadas**. A diferencia de las gelatinas comercializadas, cuya textura y visco-

sidad se pierden con la temperatura corporal y en contacto con la saliva, las aguas gelificadas mantienen sus propiedades reológicas, lo que las hace seguras para hidratar a personas con DO.

La atención farmacéutica al paciente con DO también comprende la revisión de la medicación por vía oral para buscar formas farmacéuticas que no requieran manipulación y recomendaciones específicas para la administración con aguas gelificadas, líquidos espesados o alimentos tipo puré, crema o compota. Dichos puntos se tratarán en el siguiente artículo «Medicamentos y disfagia: intervenciones desde la farmacia comunitaria».

Bibliografía

1. Unidad Funcional de Disfagia Orofaringea del Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Disfagia orofaringea: soluciones multidisciplinares. Con 36 recetas elaboradas en el Hospital Universitario Príncipe de Asturias. 1.ª ed. Toledo: Grupo Aula Médica; 2018.
2. González Alted C, Casado Romo M, Gómez Blanco A, Pajares García S, Dávila Acedo R, Barroso Pérez L, et al. Guía de nutrición para personas con disfagia. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) (eds.). Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2017.
3. 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.
4. World Gastroenterology Organisation. Guías Mundiales de la Organización Mundial de Gastroenterología. Disfagia. 2014.
5. Riera SA, Marín S, Serra-Prat M, Tomsen N, Arreola V, Ortega O, et al. A systematic and a scoping review on the psychometrics and clinical utility of the Volume-Viscosity Swallow Test (V-VST) in the clinical screening and assessment of oropharyngeal dysphagia. *Foods*. 2021; 10(8): 1900.
6. Martín A, Ortega O, Clavé P. Disfagia orofaringea, un nuevo síndrome geriátrico. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2018; 53(1): 3-5. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-disfagia-orofaringea-un-nuevo-sindrome-S0211139X17302093>
7. Alcalde Muñoz S, Rodríguez Rodríguez R. Guía de disfagia. Manejo de la disfagia en AP. Madrid: Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN); 2020.
8. Burgos R, Sarto B, Seguro H, Romagosa A, Puiggrós C, Vázquez C, et al. Traducción y validación de la versión en español de la escala EAT-10 (Eating Assessment Tool-10) para el despistaje de la disfagia. *Nutr Hosp*. 2012; 27(6): 2048-2054.
9. Clavé P, Terré R, De Kraa M, Serra M. Approaching oropharyngeal dysphagia. *Rev Esp Enferm Dig*. 2004; 96(2): 119-131. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15255021/>
10. Jiménez Rojas C, Corregidor Sánchez A, Gutiérrez Bezón C. Disfagia. En: Tratado de geriatría para residentes. 1.ª ed. Madrid: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG); 2007. p. 545-553.
11. Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN). Día Mundial de la Disfagia. Disponible en: <https://www.seen.es/portal/documentos/ver-np-dia-mundial-disfagia>
12. Abizanda García J, Hortas Pastor E, Paré Vidal A, Bach Faig A. Desnutrición en el adulto mayor: cómo abordarla desde la farmacia comunitaria. *El Farmacéutico*. Ediciones Mayo; 2022.

Puntos clave

- 1 La disfagia es la dificultad para tragar alimentos sólidos, líquidos o incluso la propia saliva.
- 2 Las principales complicaciones de la disfagia son las neumonías por aspiración, desnutrición y/o deshidratación.
- 3 La tos y los atragantamientos frecuentes durante las comidas, la dificultad para tragar líquidos o el babeo excesivo son algunas de las señales de alarma que nos pueden hacer sospechar de una posible disfagia.
- 4 Para conseguir una deglución segura y eficaz es conveniente adaptar la textura de los alimentos y la viscosidad de los líquidos.
- 5 Los espesantes y las aguas gelificadas son grandes aliados en la hidratación y alimentación de las personas con alteraciones de la deglución.
- 6 El cuidado e higiene de la cavidad oral tiene una importancia fundamental para la prevención de infecciones respiratorias en los pacientes con disfagia.

13. Clavé P, Arreola V, Velasco M, Quer M, Castellví JM, Almíral J, et al. Diagnóstico y tratamiento de la disfagia orofaringea funcional. Aspectos de interés para el cirujano digestivo. *Cir Esp*. 2007; 82(2): 62-76. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-diagnostico-tratamiento-disfagia-orofaringea-funcional-13108831>
14. Carrillo-Náñez L, Muñoz-Ayala MP, Carrillo-García PL. Neumonía aspirativa en pacientes adultos mayores. *Rev Soc Peru Med Interna*. 2013; 26(2): 71. Disponible en: <http://medicinainterna.net.pe/pdf/06.pdf>
15. García Peris P, Clavé Civit P (eds.). Nestlé Health Science. Guía de diagnóstico y de tratamiento nutricional y rehabilitador de la disfagia orofaringea. 3.ª ed. Barcelona: Editorial Glosa; 2015.
16. Gutiérrez-Achury AM, Ruales Suárez K, Giraldo Cadavid LF, Rengifo Varona ML. Escalas de calidad de vida y valoración de los síntomas en disfagia. *Revista Med*. 2015; 1: 50-55. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=91043954006>
17. Flórez Almonacid C, Ruiz Pérez López Urbano T, López Espejo M, Turrado Muñoz M, Romero Bravo A. Prevención de la aspiración orofaringea. Córdoba; 2019.
18. Arreola V. Aspectos relacionados con el tratamiento nutricional y de hidratación y soluciones de la disfagia orofaringea. Curso de disfagia, intervención farmacéutica y soluciones. Ágora Sanitaria.
19. International Dysphagia Diet Standardisation Initiative (IDDSI). Disponible en: <https://iddsi.org/>
20. International Dysphagia Diet Standardisation Initiative (IDDSI). Métodos de prueba del marco de la IDDSI 2.0. Disponible en: https://iddsi.org/IDDSI/media/images/Translations/IDDSI_TestingMethods_V2_LA_SPANISH_FINAL_July2020.pdf
21. Newman R, Vilardell N, Clavé P, Speyer R. Effect of bolus viscosity on the safety and efficacy of swallowing and the kinematics of the swallow response in patients with oropharyngeal dysphagia: white paper by the European Society for Swallowing Disorders (ESSD). *Dysphagia*. 2016; 31(2): 232-249. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27016216/>