



c/ Isla Graciosa, 1. Edificio Ancora. 3ª planta.
28700 San Sebastián de los Reyes (Madrid) España
Tel. 902 077 000 / healthcare@campofrio.es

www.campofriohealthcare.es



**GUÍA
PRÁCTICA**



Cuidados para pacientes mayores
con Disfagia Orofaríngea (DOF)

Avalado por:



Sociedad Española
de Geriátrica y Gerontología

ÍNDICE

DOF (Disfagia Orofaríngea)

- 01 Introducción
- 02 Características generales de la DOF en las personas mayores
- 03 Detección precoz de la DOF
- 04 Cribado de la DOF
- 04 Test del agua combinada con la oximetría
- 05 Eating Assessment Tool-10 (EAT-10)
- 07 Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad (MEC V-V)
- 09 Cuidados de Enfermería
- 13 Tratamiento nutricional
- 16 Anexos
- 19 Bibliografía

_ COORDINADORA

Laura Frías Soriano.

*Jefa de la Unidad de Enfermería. Unidad de Nutrición Clínica y Dietética.
Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.*

_ PARTICIPANTES

Rossana Ashbaugh Enguídanos.

*Enfermera. Unidad de Nutrición Clínica y Dietética. Unidad Funcional de Disfagia.
Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid.*

María Isabel Ferrero López.

*Supervisora de la Unidad de Nutrición Clínica y Dietética.
Hospital Pare Jofré .Valencia.*

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA DOF EN LAS PERSONAS MAYORES

Aunque el envejecimiento por sí mismo no causa disfagia, se sabe que hay cambios asociados a la edad que afectan a las diferentes fases de la deglución:

► Fase oral preparatoria:

- Pérdida total o parcial de piezas dentales.
- Mala adaptación de las prótesis dentales.
- Atrofia de los músculos que intervienen en la masticación.
- Disminución y cambios en la calidad de la saliva.

► Fase faríngea:

- Disminución del tono muscular.
- Epiglotis más lenta y de menor tamaño.
- Alargamiento del tiempo en el que permanecemos en apnea.
- Mayor propensión a desarrollar divertículos.
- Cambios en la columna cervical.

► Fase Esofágica:

- Disminución de la amplitud de las contracciones esofágicas.

La disfagia en las personas mayores suele ser de causa funcional y se localiza en la orofaringe. Se caracteriza por un trastorno de la motilidad orofaríngea que afecta a la propulsión del bolo, la reconfiguración orofaríngea durante la deglución o a la apertura de esfínter esofágico superior.

Existen distintos grados de severidad, desde moderada a muy grave. La DOF es un síntoma muy grave que está asociado a una alta morbimortalidad como consecuencia de la falta de seguridad en la deglución que va a provocar infecciones respiratorias que pueden acabar en neumonía con consecuencia de muerte y a la falta de eficacia que provoca deshidratación y desnutrición, siendo estas consecuencias muy graves que afectan a las personas mayores.

La DOF es un síntoma muy frecuente que acompaña a muchas enfermedades neurológicas, neurodegenerativas, oncológicas y a los cambios producidos por el envejecimiento. A pesar de ello continúa siendo infravalorada.

DETECCIÓN PRECOZ DE LA DOF

El profesional de enfermería debe realizar un cribado tanto para la DOF como para detectar la desnutrición en todos los pacientes con riesgo de padecer alteraciones en la deglución o que presenten síntomas asociados a la DOF.



SÍNTOMAS SILENTES

- ▶ Miedo a comer.
- ▶ Infecciones respiratorias frecuentes.
- ▶ Negación o rechazo a ingerir ciertos alimentos.
- ▶ Aumento de la secreciones bronquiales.
- ▶ Desorientación espacial.
- ▶ Pérdida de peso y de masa muscular.
- ▶ Prolongación excesiva del tiempo para comer.

SÍNTOMAS MANIFIESTOS

- ▶ Babeo.
- ▶ Presencia de restos de alimentos en la boca después de deglutir.
- ▶ Cierre labial inoperante.
- ▶ Regurgitación de alimentos por la nariz.
- ▶ Carraspeo continuo.
- ▶ Deglución fraccionada.
- ▶ Cambios en la calidad de la voz (voz húmeda).
- ▶ Tos durante o después de la deglución.

CRIBADO DE LA DOF

La European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) recomienda, en las guías de soporte nutricional de 2017, realizar cribado nutricional y de la DOF.

Existen diversos cribados para la detección precoz de la DOF; los más utilizados por su baja complejidad son:

▶ Test del agua combinada con la oximetría

Desarrollado por DePippo KL y colaboradores. Es una de las pruebas más antiguas y conocidas realizada por el profesional de enfermería. Consiste en ofrecer al paciente 10 ml de agua y observar si aparece babeo, cuántas veces deglute, presencia de tos, alteraciones en la calidad de la voz y desaturación de oxígeno. Estos 10 ml de agua se repiten cuatro veces y se finaliza con 50 ml, que se ofrecen en un vaso.

La prueba es positiva si presenta cualquier síntoma en cualquiera de las tomas y es negativa si no presenta ninguno (*Imagen 1*).

PRUEBA DEL AGUA

ml. Administrados	Síntomas				
	Babeo	Tos	Disfonía	Nº Degluciones	Saturación oxígeno
Basal					
10 ml.					
10 ml.					
10 ml.					
10 ml.					
50 ml.					
Prueba positiva					
Prueba negativa					

Imagen 1. Prueba del agua con la oximetría.

EATING ASSESSMENT TOOL-10 (EAT-10)

Es un cuestionario, muy sencillo de rellenar, que consta de 10 preguntas. Permite evaluar de forma sistemática si el paciente presenta síntomas clínicos de DOF. El paciente debe contestar a cada pregunta de forma subjetiva en una escala de 4 puntos (0-4), en la que 0 indica la ausencia de problemas y 4 considera que tiene un problema de deglución muy serio.

(Imagen 2).

EAT-10 PUNTUACIÓN

	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					

(Puntuación 0 = ningún problema; 4 = un problema serio; 3 puntos indica disfagia)

Imagen 2. Eating Assessment Tool-10 (EAT-10). Burgos et al. Traducción y validación de la versión en español de la escala EAT-10 para despistaje de la disfagia.

Nutr. Hosp. 2018; 37: 354-96

Cuando estos cribados den positivo, habrá que realizar una exploración de la deglución. En primer lugar, habrá que examinar las distintas fases de la deglución (Tabla 2), para posteriormente realizar un método de exploración validado, como es el Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad.

EATING ASSESSMENT TOOL-10 (EAT-10)

FASE ORAL PREPARATORIA	
SE DEBE EXPLORAR	CÓMO HACERLO
Competencia del esfínter labial.	Observar presencia de babeo.
Movimientos de lengua. De forma simple. Ofreciendo resistencia (con un depresor).	Adelante. Atrás. Lado izquierdo. Lado derecho.
Masticación.	Cuando el paciente apriete los molares haremos palpación simultánea de los músculos maseteros derecho e izquierdo.
Movilidad de la mandíbula.	Movimiento anteroposterior. Movimiento lateral. Apertura y cierre.
Sensibilidad orofaríngea derecha e izquierda.	Tocar con un depresor la mucosa faríngea para ver cómo se retrae.
Capacidad de realizar Tipper.	Que el paciente haga chasquidos con la lengua.
FASE ORAL DE TRANSPORTE	
SE DEBE EXPLORAR	CÓMO HACERLO
Capacidad para transportar el bolo alimenticio	Pedir al paciente que con la punta de la lengua haga un barrido desde los incisivos hacia atrás recorriendo todo el paladar duro.
Verificar el sello palatogloso	Pedir al paciente que pronuncie la consonante <i>kkk</i> .
Valorar la fuerza de propulsión	Presionar con un depresor la base de la lengua y sentir la fuerza que esta ejerce.
FASE FARÍNGEA	
SE DEBE EXPLORAR	CÓMO HACERLO
Cambios en la calidad de la voz.	Normal. Aérea. Húmeda y nasal.
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, podemos compararlo con nuestro propio ascenso laríngeo.

Tabla 2. Metodología para la exploración clínica de la deglución.

MÉTODO DE EXPLORACIÓN CLÍNICA VOLUMEN-VISCOSIDAD (MEC V-V)

Este método, diseñado por el Dr. P. Clavé Civit y colaboradores, evalúa dos características que definen la deglución:

- **Eficacia:** Capacidad para que el paciente pueda mantener un buen estado nutricional y de hidratación.
- **Seguridad:** Capacidad para que la ingesta se realice sin peligro y no se produzcan complicaciones respiratorias (penetración laríngea y aspiración) (Tabla 3).

Está indicado en cualquier paciente con sospecha de DOF. Es sencillo y seguro, aplicable tanto a pie de cama como en consulta o domicilio y puede repetirse las veces que sean necesarias.

El MEC V-V sirve como criterio para someter al paciente a exploraciones instrumentales como la videoendoscopia o la videofluoroscópica.

Este método no solo detecta la DOF, sino que nos indica la viscosidad y el volumen más seguro y eficaz para el paciente.

El personal entrenado tiene una sensibilidad diagnóstica para alteraciones de la seguridad del 88,1% y una sensibilidad para alteraciones de la seguridad del 89,8% (Imagen 3).

MÉTODO DE EXPLORACIÓN CLÍNICA VOLUMEN-VISCOSIDAD (MEC V-V)

SIGNOS DE ALTERACIÓN DE LA SEGURIDAD

	NÉCTAR			AGUA			PUDDING		
	5 ml.	10 ml.	20 ml.	5 ml.	10 ml.	20 ml.	5 ml.	10 ml.	20 ml.
Tos.									
Cambio de voz.									
Desaturación.									

SIGNOS DE ALTERACIÓN DE LA EFICACIA

	NÉCTAR			AGUA			PUDDING		
	5 ml.	10 ml.	20 ml.	5 ml.	10 ml.	20 ml.	5 ml.	10 ml.	20 ml.
Sello labial.									
Residuo oral.									
Deglución fraccionada.									
Residuo faríngeo.									

Imagen 3. Flujo de MEC V-V. Modificado por P. Clavé et al.

SIGNOS DE ALTERACIÓN DE LA SEGURIDAD SIGNOS DE ALTERACIÓN DE LA EFICACIA

Tos.	Nos indica que se ha producido una aspiración.	Sello labial.	Un inadecuado sello labial favorece la pérdida de parte del bolo alimenticio.
Cambios en la calidad de la voz.	La voz húmeda o sin fuerza es indicativa de una penetración.	Residuo oral.	La presencia de residuos predeglución indican una alteración de la propulsión lingual.
Disminución del nivel de saturación de O ₂	Una disminución del <3% de la saturación basal sugiere una aspiración silente.	Residuo faríngeo.	Sugiere una alteración del aclaramiento faríngeo del bolo alimenticio.

Tabla 3. Signos de seguridad y eficacia de la deglución.



La valoración de la disfagia mediante el Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad (MECVV) orienta sobre la textura y la viscosidad más eficientes y seguras. Hay que tener en cuenta también las características físicas del mayor, así como su situación funcional, cognitiva, emocional y social.

► ¿Cómo aconsejar la ingesta de líquidos?

Según las principales *Guías Clínicas* para la adaptación de viscosidades, podemos resumir en cinco niveles, en función de sus características (Tabla 1).

NOMBRE VISCOSIDAD	CARACTERÍSTICAS	MEDIDA (CP)
A. Líquidos y líquidos espesos de forma natural.	Agua, infusiones o líquidos espesos de forma natural: malta, zumo de naranja, piña...	1 - 50
B. Viscosidad tipo néctar.	Se podría beber desde un vaso e, incluso, sorberse con una pajita. Al decantar cae formando un hilo fino.	51 - 350
C. Viscosidad tipo miel.	Se decanta con lentitud o tomar con cuchara, pero no sorber.	351 - 1750
D. Viscosidad tipo <i>pudding</i> .	Al decantarlo cae en bloques y al cogerlo con una cuchara mantiene su forma.	>1750

Tabla 1.

Reconocer las viscosidades en todos los líquidos que se preparen y asegurar su estabilidad para el consumo (espesantes a base de gomas son los más estables). Es necesario adiestrar a los cuidadores, familiares o acompañantes en las características sobre la viscosidad y el volumen necesarios.

► ¿Cómo adaptar la textura de los alimentos?

Hay que tener en cuenta el resultado del MECVV y comprobar el estado de la boca, dentadura, sello labial, fuerza para morder/masticar y capacidad de la lengua para mezcla y transferir el bolo.

Contar también con los hallazgos obtenidos en valoración geriátrica integral del mayor. En los niveles de adaptación de sólidos hay que contemplar las recomendaciones de las guías clínicas y seleccionar la textura (Tabla 2).

TEXTURA DE LA DIETA	CARACTERÍSTICAS	ADECUADA PARA
Textura normal sin modificaciones.	Este nivel incluye todas las comidas y tipos de alimentos sin modificar su textura original.	No para personas con disfagia.
Textura A. Blanda.	Comida naturalmente blanda, o que puede ser cocinada o cortada para modificar su textura. También, alimentos fáciles de pisar con un tenedor. Servir salseada.	Personas con capacidad de masticación suave.
Textura B. Picado y húmedo.	Alimentos blandos y húmedos. Se podrán tomar directamente o pisar con un tenedor siempre que resulte fácil.	Personas sin capacidad de masticar pero sí de mezclar.
Textura C. Puré suave.	Comida suave y sin grumos de consistencia similar al <i>pudding</i> comercial. Los alimentos se presentan en forma de purés (sin grumos ni filamentos) y se tomarán con cuchara.	Personas con disfagia y mínima capacidad de manejo oral.

Tabla 2.

Evitar alimentos de riesgo (Tabla 3) y conseguir texturas homogéneas.

ALIMENTOS DE RIESGO	EJEMPLOS A EVITAR	EJEMPLOS ALTERNATIVOS PARA PERSONAS CON DISFAGIA
Dobles texturas.	Leche c/galletas. Sopas de pasta. Yogures c/tropezones.	Papillas de cereales. Cremas o sémolas trituradas. Lácteos homogéneos (yogur, natillas).
Pegajosos o resbaladizos.	Caramelos. Leche condensada. Guisantes, uvas. Pan de molde. Fritos crujientes.	Agua gelificada. Cereales en puré con leche. Frutas o verduras trituradas. Rebozados (croquetas) sin pan y salseados.
Los que no forman bolo cohesivo.	Legumbres. Arroz.	Puré de legumbre, humus. Arroz muy cocido sin caldo. Sémola triturada.
Los que se licuan o desprenden jugo.	Naranjas, mandarinas. Polos o helados. Gelatinas.	Fruta triturada o licuada con espesante. Plátano muy maduro frío. Frutas asadas o en compota. Zumos fríos con espesante.
Los que se desmenuzan o fragmentan.	Tostadas. Quesos secos. Carnes picadas secas. Nueces.	Pan blando impregnado en salsa. Puré elaborado con queso o leche. Pastel de carne o carnes trituradas.

Tabla 3.

► ¿Cuáles son las recomendaciones generales y posturales?

- Asegurar la alerta antes de iniciar cualquier ingesta.
- Sedestación durante y tras la ingesta.
- Flexión anterior del cuello (efecto de protección de la vía aérea).
- Rotar la cabeza hacia el lado paralizado (si lo hubiese).
- Situarse a la altura del paciente y ofrecer la comida desde abajo.
- Las cualidades organolépticas deben ser agradables.
- No se procederá a la alimentación oral con jeringas o pajitas.
- Extremar los cuidados e higiene de la boca y de prótesis dental.

► ¿Cómo administrar los medicamentos?

- Desechar las formas farmacéuticas que no se puedan esparar.
- Los comprimidos deben poder ser triturados hasta polvo fino y serán desleídos en agua espesada o con alimentos a textura puré (no triturar: formas retard, sublinguales, con cubierta entérica y si contienen líquido).
- No mezclar la medicación en el plato completo (altera el sabor y no garantiza la toma completa del fármaco).

TRATAMIENTO NUTRICIONAL

La relación entre la disfagia y el riesgo nutricional está ampliamente demostrada en la literatura, por lo que será especialmente importante mantener un control del estado nutricional (Figura 1) basado en su valoración.



Figura 1.

TRATAMIENTO NUTRICIONAL

La energía necesaria para las personas mayores se puede calcular a partir de ecuaciones sencillas (fórmula OMS) o con fórmulas rápidas (Gasto total: 27-30 cal/k/d). La dieta será equilibrada: carbohidratos (55%), proteínas (15%), lípidos (30%), y suficiente en minerales y vitaminas (RDA).

Necesidades:

- ▶ **Proteínas:** 1-1,2 g/k/d (si úlceras 1,5-2 g/k/d).
- ▶ **Fibra:** 10 g de fibra /1000Kcal.
- ▶ **Líquidos:** 1ml/cal (1,5 ml/cal en situaciones especiales).

Ajustar viscosidad con espesantes para agua, infusiones, zumos...
o se ofrecerán en forma de aguas gelificadas.

Tabla de recomendaciones prácticas diarias para personas con disfagia.

INGESTA Y MOMENTO DEL DÍA	PROPORCIÓN DEL APORTE DIARIO	ALIMENTOS QUE INCLUYE UNA DIETA EQUILIBRADA	EJEMPLO
Desayuno.	20%	Lácteo + cereales.	Papilla de cereales con leche.
Comida.	35%	Legumbres o cereales + proteínas + verduras + lácteo.	Puré de lentejas + plato principal proteico + lácteo.
Merienda.	10%	Fruta + lácteo.	Batido de frutas.
Cena.	30%	Cereales o féculas + proteínas + verduras + puré de fruta.	Puré de verduras + plato principal proteico + puré de frutas.
Colación.	5%	Lácteo.	Lácteo.

A lo largo del día, de 1 a 1,5 litros de agua modificada en textura o gelificada.

TRATAMIENTO NUTRICIONAL

Existen en el mercado productos pasteurizados (cremas y triturados), listos para tomar, no solo aportando calorías y proteínas, sino también todos los principios inmediatos, agua, fibra, minerales y vitaminas, precisas para mantener y conseguir un correcto estado nutricional.

Al ser productos pasteurizados, garantizan la seguridad alimentaria y están elaborados con ingredientes naturales, de fácil digestión, sin conservantes ni aditivos, exentos de gluten, sin lactosa, bajo contenido en sal, sin aceites hidrogenados y sin azúcares añadidos.

Están indicados para personas/pacientes con problemas de deglución y/o masticación.

Para el uso de suplementos se propone actuar según la situación nutricional. En casos de desnutrición moderada o severa se adaptará el suplemento al tipo de desnutrición, controlando también la ingesta real; y en caso de estado nutricional normal o leve, se mantendrá un control de la ingesta y se revisará la situación nutricional.





Cremas y triturados elaborados con ingredientes naturales especialmente indicados para pacientes con problemas de deglución y/o masticación.

ANEXOS

MINI NUTRICIONAL ASSESSMENT MNA-SF

<p>A. Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o deglución en los últimos 3 meses (respecto a la última valoración previa):</p> <p>0= Ha comido mucho menos (< 50%) 1= Ha comido menos (50 - 75%) 2= Ha comido igual (> 75%)</p>	
<p>B. Pérdida de peso en los últimos 3 meses (respecto al último peso previo):</p> <p>0= Pérdida de peso (< 3 kg) 1= No lo sabe 2= Pérdida de peso (entre 1 a 3 kg) 3= No ha habido pérdida de peso</p>	
<p>C. Movilidad actual:</p> <p>0= De la cama al sillón 1= Autonomía en el interior (habitación) 2= Autonomía fuera del domicilio (habitación)</p>	
<p>D. Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses (respecto a última valoración previa):</p> <p>0= Sí 2= No</p>	
<p>E. Presenta problemas neuropsicológicos (actuales):</p> <p>0= Demencia o depresiones graves 1= Demencia (o depresión) moderada 2= Sin problemas psicológicos llamativos.</p>	
<p>F1. Índice de Masa Corporal (IMC actual) en kg/m²:</p> <p>0= IMC < 19 1= 19 ≤ IMC < 21 2= 21 ≤ IMC < 23 3= IMC ≥ 23</p>	
<p>Si el IMC no está disponible sustituir la pregunta F1 con la F2.</p> <p>F2. Circunferencia de la pantorrilla (CP actual) en cms: 0= CP < 31 1= CP ≥ 31</p> <p style="text-align: right;">Puntuación:</p>	<p>PUNTUACIÓN TOTAL:</p> <p>EVALUACIÓN: 12-14: Estado nutricional normal 08-11: Riesgo de desnutrición 0-7: Desnutrición</p>

TABLA IMC ADULTOS MAYORES

IMC (KG/M²)	ESTADO NUTRICIONAL
>50	Obesidad tipo IV (extrema)
40 - 49.9	Obesidad tipo III (mórbida)
35 - 39.9	Obesidad tipo II
30 - 34.9	Obesidad tipo I
27 - 29.9	Sobrepeso
22 - 26.9	Normalidad
18.5 - 21.9	Posible riesgo de desnutrición
17 - 18.4	Desnutrición leve
16 - 16.9	Desnutrición moderada
<16	Desnutrición severa

VALORACIÓN POR PORCENTAJE DE PÉRDIDA DE PESO (PPP)

PPP= [(PESO HABITUAL - PESO ACTUAL) / PESO HABITUAL] X 100				
Tiempo	Normal	Leve	Moderado	Grave
1 mes	< 2%	2 - 4 %	4.01 - 5 %	> 5 %
2 meses	< 3%	3 - 5 %	5.01 - 10 %	> 10 %
3 meses	< 7,5%	7.5 - 10 %	10.01 - 15 %	> 15 %

CÁLCULO DE LAS NECESIDADES ENERGÉTICAS TOTALES: GEB X FA (OMS)

- GEB (Gasto Energético Basal): en función de sexo y peso (P) en Kg.

$$\text{♂} = 13,5 \times P + 487 \quad \text{♀} = 10,5 \times P + 596$$

- FA (Factor Actividad): Inmóvil:1 / Reposo:1, 2 / Ligera:1, 3 / Moderada:1, 4

VALORES ANALÍTICOS DE REFERENCIA

	Valor Normal	Desnutrición Leve	Desnutrición Moderada	Desnutrición Grave
Albúmina (g/dl)	3, 6 - 4, 5	2, 8 - 3, 5	2,1 - 2, 7	< 2,1
Transferrina (mg/dl)	250 - 350	150 - 200	100 - 150	< 100
Prealbúmina (mg/dl)	18 - 28	15 - 18	10 - 15	< 10
Linfocitos (cel/mm³)	>2000	1200 - 2000	800 - 1200	< 800
Colesterol (mg/dl)	≥180	140 - 179	100 - 139	< 100

NOTAS

- ▶ Álvarez Hernández J, Gonzalo Montesinos I y Rodríguez Troyano. *Envejecimiento y nutrición*. Nutr Hosp. 2011; 4(3):3-14.
- ▶ Ashbaugh R, Ferrero I. *Tratado de Nutrición 3ª Ed.* Tomo V, Cap. 55. Disfagia 977-990. Ed. Médica Panamericana. 2017.
- ▶ British Dietetic Association. *National Descriptors for Texture Modifications in Adults*. The British Dietetic Association, Royal Collage of speech & Language therapists; 2002.
- ▶ Burgos R, et al. *Traducción y validación de la versión en español de la escala EAT-10 para despistaje de la disfagia*. Ntr. Hosp. 2018; 37:354-96.
- ▶ Clavé Civit P, García Peris P. *Guía de diagnóstico y tratamiento nutricional y rehabilitador de la disfagia orofaríngea*. Barcelona: Ed Glosa; 2011.
- ▶ Clavé P, Arreola V, Velasco M. *Evolución y diagnóstico de la disfagia orofaríngea. Guía de diagnóstico y tratamiento nutricional y rehabilitador de la disfagia orofaríngea*. Barcelona: Editorial Glosa, 2015.
- ▶ Clavé P, Arreola V, Velasco N, Quer M, Castellvi JM, Almirall J et al. *Diagnóstico y tratamiento de la disfagia orofaríngea funcional. Aspectos de interés para el cirujano digestivo*. Cir Esp. 2007; 82(2):62-76.
- ▶ Departamento de nutrición de la Universidad Complutense. *Ingestas recomendadas para la población española*. Madrid. Universidad Complutense, 1994.
- ▶ 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.
- ▶ Dietitians Association of Australia and The Speech Pathology Association of Australia. *Texture-modified foods and thickened fluids as used for individuals with dysphagia: Australian standardised labels and definitions*. Nutrition & Dietetics 2007; 64 (Suppl. 2): S53-S76.
- ▶ Ferrero López MI, García Gollarte JF, Botella Trellis JJ, Juan Vidal O. *Detección de disfagia en mayores institucionalizados*. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2012; 47(4):143-7.
- ▶ Galán Sánchez-Heredero MJ, et al. *Malnutrición asociada a disfagia orofaríngea en pacientes mayores de 65 años ingresados en una unidad médico-quirúrgica*. Enferm Clin. 2014.
- ▶ Gomes F et al. *Guía ESPEN sobre soporte nutricional para pacientes pluripatológicos en medicina interna*. Clinical Nutrition 37(2018) 336-353.
- ▶ López Mongi R. *Del síntoma al síndrome. Envejecimiento y Nutrición. Intervención nutricional en el paciente con disfagia*. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Ed. IMC, 2014.
- ▶ National Dysphagia Diet: *Standardization for Optimal Care*. Chicago, IL: American Dietetic Association; 2003.
- ▶ Parra Carriedo A et al. *Comparación del gasto energético en reposo determinado mediante calorimetría indirecta y estimado mediante fórmulas predictivas en mujeres con grados de obesidad I a III*. Nutr Hosp. 2013; 28(2):357-364.