

**Diferencias en la calidad de vida
de pacientes con disfagia
orofaríngea según el lugar de
residencia: impacto en la
selección de alimentos y el tipo
de dieta**

**Differences in the quality of life
of patients with oropharyngeal
dysphagia according to the place
of residence: impact on food
selection and type of diet**

10.20960/nh.03824

01/31/2022

OR 3824

Diferencias en la calidad de vida de pacientes con disfagia orofaríngea según el lugar de residencia: impacto en la selección de alimentos y el tipo de dieta

Differences in the quality of life of patients with oropharyngeal dysphagia according to the place of residence: impact on food selection and type of diet

Amaya Peñalva Arigita¹, María Lecha Benet¹, Anna Sansano Alguero¹, Rosa Prats Farreras¹, Aida Gomes Vasquez¹, Helena Bascuñana Ambrós² y Lluís Vila Ballester¹

¹Unitat de Nutrició i Dietètica. Hospital Moisès Broggi. Sant Joan Despí, Barcelona. ²Unitat de Rehabilitació. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona

Recibido: 09/08/2021

Aceptado: 18/11/2021

Correspondencia: Amaya Peñalva Arigita. Unitat de Nutrició i Dietètica. Hospital Moisès Broggi. Oriol Martorell, 12. Sant Joan Despí 08970, Barcelona
e-mail: apenalvaa@csi.cat

Conflictos de interés: todos los autores no poseen conflictos de interés. Este estudio no se ha realizado con ninguna subvención.

RESUMEN

Introducción: la disfagia es un síntoma invalidante, incómodo, con repercusiones en aspectos básicos del bienestar. El test SWAL-QoL está validado para comprobar el impacto de la disfagia en la calidad de vida (QoL).

Métodos: estudio descriptivo transversal (enero 2018). Pacientes con tratamiento de espesante aleatorizados a partir de la base de datos interna de la Unidad de Nutrición y Dietética. Entrevistas telefónicas al paciente o cuidador. Test SWAL-QoL, 11 secciones: carga de enfermedad, síntomas, selección de alimentos, apetito, duración comidas, miedos, comunicación, salud mental, sueño/descanso, fatiga y afectación social. Puntuación ajustada con escala Likert (1-5). Resultados finales transferidos linealmente de 0 a 100 (mejor puntuación positiva). Interpretación: 0-49, impacto severo (IS); 50-70, impacto moderado (IM); y 71-100, impacto discreto o sin impacto (ID/NI). Variables: sexo, edad, días de tratamiento, vivienda en domicilio (D)/residencia(R); indicación de espesante comercial (EC) con MECV-V: néctar (N), miel (M), pudín (P); días con EC, tipo de dieta: puré (DP), blanda (SD), mixta (DM), normal (DN); secciones SWAL-QoL.

Resultados: en total, 202 pacientes de 85 años (23-103); IQR: 12. Mayoría de mujeres, 57,9 %; 43,1 % D/56,9 % R. SWAL-QoL: 19,3 % IS, 59,9 % IM y 20,8 % ID/NI. Usar menos espesante demostró mejor QoL, IS en pudín: 21,1 % vs. Néctar: 15,3 %, $p = 0,04$. Las dietas realizadas fueron: 66,3 % DP; 3 % DB; DM 21,3 %, y DN 9,4 %. En R, más DP (86,1 %) que en D (40,2 %), $p < 0,001$. DP asociada a peor QoL: % de ID o no impacto en DP, 15,7 % vs. 30,8 % en el resto de dietas, $p = 0,016$. Analizando cada sección por D/R, diferencia significativa entre miedos, mayor en D ($57,01 \pm 36,41$) vs. R ($48,70 \pm 27,03$), $p < 0,001$; peor salud mental en R: $66,44 \pm 34,30$ vs. D: $47,48 \pm 24,06$, $p < 0,001$; mejor selección de alimentos en D ($75,86 \pm 34,12$) vs. R ($68,17 \pm 33,60$), $p < 0,01$.

Conclusiones: definir la percepción de la QoL contribuye a una mejor comprensión de las necesidades del paciente. Es necesaria más información para afrontar sus miedos, para adecuar mejor la viscosidad de los líquidos y la textura de la dieta. Se recomienda aumentar la diversidad alimentaria en las residencias.

Palabras clave: Disfagia. Dieta texturizada. Viscosidad de líquidos. Calidad de vida.

ABSTRACT

Rationale: dysphagia is a disabling, uncomfortable symptom with repercussions on daily basic aspects of well-being. The SWAL-QoL test is validated for checking dysphagia's impact on quality of life (QoL).

Methods: a descriptive cross-sectional study. Randomized patients from our in-house Nutrition & Dietetics database. Telephone interviews directly with patients or caregivers. SWAL-QoL test, 11 sections: swallowing, eating, symptoms, food selection, communication, fears, mental health, fatigue, and social function. A 1-5 Likert scale was adjusted and final results were linearly transferred to 0-100 (100 being best positive score). Results as follows: 0-49 severe impact (SI), 50-70 moderate impact (MI), and 71-100 mild impact or no impact (DI/NI). Variables: gender, age, days with treatment, residence: Home (H)/nursing home (NH), indication of commercial thickener (CT) by V/V test: nectar (N), honey (H), pudding (P), days with CT, type of diets; pureed (PD), soft diet (SD), mixed(P&S/D), regular (RD), SWAL-QoL sections.

Results: a total of 202 patients with a mean age of 85 years (23-103); IQR: 12. Mostly women, 57.9 %. Dwelling: 43.1 % H/56.9 % NH. SWAL-QoL: SI affects 19.3 %, 59.9 % MI and 20.8 % DI/NI. Using less thickener proved a better QoL; SI in pudding 21.1 % vs nectar 15.3 %, $p = 0.04$. Diets included 66.3 % PD; 3 % SD; MD, 21.3 %, and RD, 9.4 %. At NH 86.1 % of PD vs 40.2 % at H, $p < 0.001$. Direct impact of diet on QoL: 30.8 % on DI or no impact of grouped diets vs 15.7 % with PD, $p = 0.016$. Analysing each section by H/NH, significant difference between fears, higher at H, 57.01 ± 36.41 vs NH, 48.70 ± 27.03 , $p < 0.001$; worse mental health for NH, 66.44 ± 34.30 vs H, 47.48 ± 24.06 , $p < 0.001$; better food selection for H, 75.86 ± 34.12 vs NH, 68.17 ± 33.60 , $p < 0.01$.

Conclusions: defining QoL contributes to a better understanding of patient needs. More information to confront their fears is helpful to adjust the texture of liquids properly. Increasing adaptations of diets and diversity in food selection are needed especially in those living in NH.

Keywords: Dysphagia. Texturized diet. Liquid viscosity. Quality of life.

INTRODUCCIÓN

La disfagia orofaríngea (DO) es un síntoma inhabilitante e incómodo, un síntoma que interfiere en aspectos básicos como son alimentarse y beber, asociados a su vez a muchos aspectos funcionales que tienen repercusión emocional. El tratamiento implica la prescripción de una textura concreta sin tener en cuenta la percepción del usuario respecto a este tipo de manejo, lo que genera como consecuencia que el tratamiento pueda rechazarse ampliamente (1). En la mayoría de los casos son restricciones de alimentos cotidianos o alteraciones de la forma usual de comer y beber, y estas limitaciones pueden producir pérdida de interés por las comidas (2). Algo que normalmente es placentero se convierte en un proceso que crea malestar y ansiedad. Muchos pacientes reconocen que, tras presentar problemas de deglución, han cambiado sus hábitos dietéticos e incluso han dejado de salir a comer fuera por no socializar su problema (3). Según el estudio de Farri, los pacientes con disfagia tienden a aislarse más (36 % de los pacientes con cirugía maxilofacial (MXF), 17 % de los pacientes de otorrino (ORL), 25 % de los pacientes de neurología (NEU) y 100 % de los que han recibido radioterapia (RT)). Muchos admiten sentir vergüenza (33 % MXF, 25 % ORL, 13 % NEU, 100 % RT), sobre todo porque necesitan asistencia durante las comidas (25 % de los pacientes neurológicos y 80 % de los pacientes ingresados en residencias) (3).

La disfagia se vincula con un incremento de la depresión (4,5) que compromete la calidad de vida (QoL), tanto para la persona que la tiene como para sus cuidadores (6). Se ha constatado que, aunque la depresión y la función deglutoria también están muy correlacionadas, la depresión tiene más peso en la disminución de la QoL que la alteración de la deglución en sí (7). También genera ansiedad (8), sobre todo en el momento del diagnóstico. En la disfagia no se ha establecido ningún patrón de diagnóstico común y se ha descrito que la falta de información por parte del facultativo y/o del personal sanitario genera mucha ansiedad (3). Así mismo, dicha ansiedad también se genera en el personal sanitario, que en muchas ocasiones no tiene un apoyo firme sobre este tema.

Existen pocas escalas de calidad de vida específicas para la disfagia. Destacan los test específicos para pacientes con cáncer de cabeza y cuello, como el MD Anderson (9) y el *Dysphagia Handicap Index* (DHI) (10), pero el más utilizado, validado en varios idiomas, es el *Swallowing Quality of Life questionnaire* (SWAL-QoL) (12).

La dispensación del espesante para el tratamiento de la DO está incluida dentro del marco de la nutrición enteral domiciliaria financiada por el servicio nacional de salud (13). Nuestro hospital tiene un área de influencia de 400.000 habitantes y la Unidad de Nutrición y Dietética, junto el Servicio de Farmacia, se encarga de dicha dispensación directamente al lugar de residencia (domicilio o residencia). Hay poca información en nuestro medio sobre la calidad de vida del paciente con disfagia. Por ello, dentro del marco de un estudio sobre la adherencia a dicho tratamiento, nos hemos planteado conocer el impacto de la disfagia sobre la calidad de vida, que indudablemente puede ayudar al mejor abordaje de los pacientes con DO.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño

Estudio observacional, descriptivo, de corte transversal (enero 2018). La DO se identifica durante los ingresos, en las consultas externas o tras solicitudes de atención primaria, así como en caso de derivaciones por sectorización desde otros centros. La viscosidad y el volumen concretos de los líquidos se determinan con el test del volumen-viscosidad (MECV/V) (14).

Población

Los pacientes se registran en una base de datos de uso intrahospitalario, de la cual se eligieron los participantes de forma aleatoria. Se realizó una entrevista telefónica de una duración media de 20 (15-30) minutos al paciente o su cuidador.

Criterios de inclusión

- Pacientes incluidos en la base de datos de la Unidad de Nutrición y Dietética (UND) con tratamiento específico para la disfagia mediante un espesante alimentario comercial.
- Firma del consentimiento informado (paciente o tutor legal).

Criterios de exclusión

- Pacientes que rechazan el espesante alimentario artificial.
- Imposibilidad de contacto telefónico.

Variables

Se utilizó el test *Swallowing Quality of Life Questionnaire* (SWAL-QoL), específico para valorar el impacto de la disfagia orofaríngea (DO) en la calidad de vida (QoL) de los pacientes (12). Ha sido validado en varios idiomas, incluida la lengua española (15). Consta de 11 secciones con un total de 44 ítems. Estas secciones incluyen: carga de enfermedad, frecuencia de síntomas, selección de alimentos, deseo de comer (apetito), duración de la alimentación, miedos, comunicación, salud mental (depresión), sueño/descanso, fatiga y afectación social (12). En la tabla I se muestran los ítems que se

incluyen en cada sección. Cada ítem se responde valorándolo del 1 al 5, donde 1 es la puntuación más negativa y 5 la más positiva (16), de acuerdo con la frecuencia con la que cada afirmación se presenta: siempre (1 punto), casi siempre (2 puntos), algunas veces (3 puntos), pocas veces (4 puntos) y nunca (5 puntos). Cada sección tiene el mismo peso dentro de la puntuación y en cada una se promedian los resultados de los ítems correspondientes para dar una puntuación global de 1-5. Esta puntuación se transforma linealmente en una escala del 0 al 100. Para obtener la puntuación global del test se promediaron los resultados de cada sección. De esta manera, los resultados se han interpretado dentro de los siguientes rangos: 0-49, impacto severo; 50-70, impacto moderado; y 71-100, impacto discreto o sin impacto en la QoL, según lo describe Pontes (17).

También se incluyeron: género, edad, diagnóstico principal, lugar de residencia, días con espesante, pauta de espesante determinada por el test MECV/V (néctar, miel, pudín), tipo de dieta (dieta puré (DP), dieta blanda (DB), dieta mixta blanda/puré o fácil masticación (FM) y dieta normal (DN)).

Ética

El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitario de Bellvitge. Los pacientes firmaron un consentimiento informado para la realización del estudio.

Estadística

Los datos se han analizado con el programa SPSS® (IBM SPSS Statistics, v. 23). La comparación de variables cualitativas se ha realizado mediante el test del chi cuadrado y la de las cuantitativas con la "t" de Student.

RESULTADOS

Todos los pacientes seleccionados accedieron a realizar la encuesta. Participaron 202 pacientes, con una edad mediana de 85 años (IQR,

12; rango, 23-103). Eran mujeres el 59,7 % (117) y varones el 42,1 % (85). La mayoría vivían en residencias (R): 56,4 % (115) frente a 43,6 % (87) en sus domicilios (D). El diagnóstico principal fue el neurológico (92 %), seguido de: respiratorio, 3 %; oncológico, 2,5 %; resto, 2,5 %. La mediana de días con espesante fue de 380; IQ, 527,75 (0-2762).

Globalmente, la puntuación fue de $60,61 \pm 13,99$ y el resultado según su impacto fue de: severo en el 19,3 %, moderado en el 59,9 % y discreto o ausente en el 20,8 %. La media global de puntuación del test no mostró diferencias significativas: en el domicilio, $61,4 \pm 16,43$ y en la residencia, $60,02 \pm 16,92$. Tampoco se encontraron diferencias significativas en el impacto sobre la QoL según el lugar de residencia: impacto severo en R: 17,4 % vs. 21,8 % en D; moderado en R: 52,9 % vs. 65,2 % en D; discreto o sin impacto en el 25,3 % en R vs. el 17,4 % en D. Tampoco se encontraron diferencias con la edad, el género o el diagnóstico. En la tabla II se reflejan las medias de la puntuación de cada sección del test-SWAL-QoL. Al analizar cada sección por separado se encontraron diferencias significativas entre las secciones de miedo (más en D), salud mental (peor en R) y selección de alimentos (mejor en el domicilio). El resto de secciones no mostraron diferencias significativas entre D y R.

Por otro lado, se analizó la relación entre la pauta de espesante realizada (referida por los pacientes) y la percepción de QoL, observándose un mayor impacto en la calidad de vida según la cantidad de espesante utilizada. Las pautas globales realizadas fueron: néctar: 35,6 %, miel: 26,2 % y pudín, 28,2 %. Un 10 % no especificaron la pauta. En los 182 pacientes que referían una pauta concreta se analizó el impacto del espesante. El impacto discreto o ausente fue mayoritario en las texturas de néctar con un 34,7 %, menor en la de miel con un 22,5 % y mucho más reducido en la textura pudín con un 7 % (Tabla III), mientras que el impacto severo fue mayoritario con la textura pudín (21,1 %) vs. la textura néctar (15,3 %).

También se analizó la relación entre el tipo de dieta y la percepción de la QoL. Las dietas realizadas fueron: 66,3 %, dieta puré; 3 %, dieta blanda; dieta mixta, 21,3 %; y dieta normal, 9,4 %. Los pacientes en residencias refieren más DP que los que están en casa, un 86,1 % en R vs. 40,2 % en D ($p < 0,001$). En relación al tipo de dieta, hay una diferente distribución en el impacto de la QoL. Aquellos con una DP presentan el menor porcentaje de impacto discreto o ausente de toda la muestra: 15,7 % frente a 30,8 % en el resto de las dietas ($p = 0,016$) (Tabla IV).

DISCUSIÓN

Nuestros datos apoyan que la DO es un síntoma eminentemente crónico, objetivado con el uso prolongado de espesantes (hasta 7,5 años). Predomina la patología neurológica, siendo el perfil de usuario geriátrico mayoritariamente femenino. Formamos parte de una sociedad envejecida, sin tendencia de cambio, donde habrá un incremento de las patologías crónicas y también del uso de centros geriátricos. Dentro de la atención a dichas patologías hay que prestar atención a la QoL. La OMS define la calidad de vida como la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia y, junto con otros factores, es un concepto que se relaciona específicamente con la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales y la relación con el entorno (18).

Nuestros resultados confirman que la DO tiene alterada la QoL, como ya se confirma en diversos estudios de QoL y DO realizados en diferentes patologías (19-22). Se confirma el impacto de la DO y su tratamiento en la calidad de vida de los pacientes, ya que la mayor parte de nuestra muestra refiere un impacto moderado o severo. Así mismo, analizando los resultados se ha determinado que hay necesidad de valorar la situación de salud mental (depresión), de abordar los miedos identificados con la disfagia y también de valorar la relación de la selección de alimentos con un deterioro de la calidad

de vida. En relación al primer aspecto, ya hemos concretado una relación directa de la depresión con la disfagia, pero hay que indicar que la mayoría de los estudios publicados sobre el impacto de la DO en la salud mental se han realizado en pacientes con ictus (23). También en pacientes con cáncer, donde incluso hay estudios que plantean el abordaje del estado psicológico dentro de las recomendaciones de pacientes con cáncer de cabeza y cuello (5,24). Habría que hacer extensivo el cuidado de este aspecto a nuestros pacientes institucionalizados de base neurológica porque no parece haber publicaciones concretas que detallen el abordaje de este tema. Obviamente, hay que tener en cuenta que la influencia sobre la salud mental es multifactorial y que, además, la depresión tiene más peso en la disminución de la calidad de vida que la alteración de la deglución en sí (7). A pesar de ello, se ratifica el impacto que tiene la DO en la salud mental ya que en el SWAL-QoL se incluyen preguntas específicas asociadas a la DO, y se confirma que los problemas de deglución tienen un impacto significativo en dicho aspecto. Por otro lado, en nuestro estudio encontramos una relación del impacto de la DO con la selección de alimentos. Se aprecia una tendencia a una mayor limitación de dicha selección en los pacientes institucionalizados, empeorando la calidad asistencial. Por lo tanto, inferimos la necesidad de incidir en aumentar la variedad de la alimentación. Hay pocos estudios concretos sobre este tema pero sí que encontramos relación entre la DO y el tipo de dieta y su influencia sobre la QoL. Confirmamos una relación negativa en los pacientes que tienen una dieta de tipo puré, ya que van asociados a valores más bajos de QoL. Dicha relación se ha encontrado en un reciente estudio que ha estudiado la QoL de pacientes con DO y COVID-19 (25). No hemos encontrado diferencias significativas de QoL en la DP según el lugar de residencia, por lo que llevar una DP afecta a todos los pacientes, pero sí que hemos encontrado una mayor proporción de uso de la DP en las residencias. Conviene recordar que la ingesta de los pacientes que tienen una dieta texturizada está

comprometida. Hay estudios en pacientes hospitalizados que demuestran que una dieta texturizada tiene menos aceptación que la dieta basal (26,27). Además, hay evidencias de que las dietas texturizadas contienen cantidades más bajas de nutrientes que los menús de textura regular (28). Todo esto genera un gran problema ya que la ingesta de comida triturada, probablemente sin mucha variación, suele ser la dieta empleada durante meses o años y sitúa en riesgo de desnutrición a las personas que reciben este tipo de alimentación, especialmente a los residentes sometidos a cuidados a largo plazo (28-30). Desde organismos gubernamentales y asociaciones se realizan controles y se han publicado asesoramientos de dietas trituradas, principalmente porque el Consejo de Europa, en la resolución ResAP (2003)3, sitúa la vía oral, incluyendo las dietas especiales, como la primera opción para corregir o prevenir la desnutrición de los pacientes (31). La desnutrición específica de los pacientes con disfagia está descrita en alrededor del 19 % (32,33), pero la desnutrición en sí en los pacientes institucionalizados puede llegar al 66,5 % (34) y es mayor cuanto mayor dependencia existe (35). Esto conlleva una situación compleja que necesita abordarse en todos sus aspectos. Por ello conviene seguir las directrices marcadas por el documento de consenso de Ballesteros y cols. para realizar mejoras en la atención de las residencias desde un punto de vista multidisciplinar (34). Una mejor adaptación de la DO mejora la calidad asistencial de los pacientes, y que se identifique la QoL queda mencionado en dicho trabajo. Recordar que, acorde con una mejor atención, ya surge en 2013 la "International Dysphagia Diet Standardisation Initiative" (IDDSI) con la intención de estandarizar la terminología y las definiciones de las texturas de los alimentos y líquidos internacionalmente (36). A pesar de esto, a nivel práctico, en nuestro medio todavía ha sido solo posible incluir 4 texturizaciones de sólidos y 3 viscosidades de líquidos, que son las descritas en el estudio.

Un tercer aspecto a destacar que es mayoritario en el domicilio y no en las residencias es la sensación de miedo relacionada con las ingestas, probablemente ligada al hecho de que en las residencias el paciente está más asistido. En este sentido, aumentar la información sobre los aspectos de seguridad en el domicilio se torna esencial.

Para finalizar, insistir en que en nuestro estudio se ratifica que la texturización de los líquidos y la dieta sólida tienen un impacto directo en la QoL. A menor uso de espesante mejor percepción. Es en las texturas de miel y pudín donde se asocia una peor puntuación.

Como limitación del estudio, indicar que la información se recoge telefónicamente y, en las residencias, la mayoría de los test son respondidos por cuidadores que pueden omitir o distorsionar la situación real. Por el contrario, la vía telefónica es de fácil acceso, en muchos casos la única manera de conseguir información de estos pacientes, y nos ha permitido acceder a un número considerable de ellos.

En nuestro país, la asistencia al colectivo institucionalizado ha quedado evidenciada tras la pandemia de COVID y queda establecida una gran necesidad de adaptación de muchos aspectos. Los datos establecidos en este estudio corroboran la necesidad de mejorar la adaptación de la dieta para mejorar la QoL de estos pacientes, pero sobre todo incidir en que mejorándola se ha demostrado la mejora de los parámetros nutricionales con una disminución de las complicaciones asociadas a la DO (37).

Así mismo, hay que tener en cuenta que cada vez hay más personas institucionalizadas y que los motivos para residir en un centro geriátrico pueden tener distinto orígenes; sin embargo, de cualquier manera, la calidad asistencial tiene que favorecerse ya que, aunque las estancias son variables, suelen ser largos periodos de vida para algunas personas y, en su defecto, periodos finales donde debe primarse la QoL como elección individual, si es posible (34).

En conclusión, el impacto sobre la calidad de vida ha sido peor entre los pacientes que reciben texturas de miel y pudín (sobre todo esta

última) y, especialmente, en los casos en que la dieta es triturada. El componente del SWAL-QoL que se ha visto más afectado en el domicilio es la sensación de miedo y, en la residencia, la salud mental y una tendencia a disminuir la selección de alimentos. Dicha tendencia genera la necesidad de ampliar estudios en referencia a dicho aspecto y a las dietas utilizadas. Es preciso incidir en revalorar el tipo de texturización de los alimentos y/o los líquidos, y recordar que la variedad de alimentos está dentro de las recomendaciones de una dieta equilibrada, si queremos ofrecer una mejor calidad de vida a estos pacientes.

Nutrición
Hospitalaria

BIBLIOGRAFÍA

1. Gutiérrez Achury AM, Ruales Suárez K, Giraldo Cadavid LF, Rengifo Varona ML. Escalas de calidad de vida y valoración de los síntomas en disfagia. *Rev Med* 2015;23(1):52. DOI: 10.18359/rmed.1329
2. Ekberg O, Hamdy S, Woisard V, Wuttge-Hannig A, Ortega P. Social and psychological burden of dysphagia: Its impact on diagnosis and treatment. *Dysphagia* [Internet] 2002 [citado 17 julio 2019];17(2):139-46. Disponible en: <http://link.springer.com/10.1007/s00455-001-0113-5>. DOI: 10.1007/s00455-001-0113-5
3. Farri A, Accornero A, Burdese C. Social importance of dysphagia: its impact on diagnosis and therapy. *Acta Otorhinolaryngol Ital* 2007;27(2):83-6.
4. Plowman-Prine EK, Sapienza CM, Okun MS, Pollock SL, Jacobson C, Wu SS, et al. The relationship between quality of life and swallowing in Parkinson's disease. *Mov Disord* [Internet] 2009 [citado 28 septiembre 2019];24(9):1352-8. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19425089>. DOI: 10.1002/mds.22617
5. Chen SC, Huang BS, Hung TM, Chang YL, Lin CY, Chung CY, et al. Swallowing ability and its impact on dysphagia-specific health-related QOL in oral cavity cancer patients post-treatment. *Eur J Oncol Nurs* [Internet] 2018 [citado 9 mayo 2021];36:89-94. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30322515/>. DOI: 10.1016/j.ejon.2018.07.002
6. Cichero J, Clavé P. Los peldaños para vivir bien con disfagia. *Nestle Nutr Inst Workshop Ser* 2011;72:1-31.
7. Lin BM, Starmer HM, Gourin CG. The relationship between depressive symptoms, quality of life, and swallowing function in head and neck cancer patients 1 year after definitive therapy.

- Laryngoscope [Internet] 2012 [citado 28 septiembre 2019];122(7):1518-25. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22467530>. DOI: 10.1002/lary.23312
8. Eslick GD, Talley NJ. Dysphagia: Epidemiology, risk factors and impact on quality of life - A population-based study. *Aliment Pharmacol Ther* 2008;27(10):971-9. DOI: 10.1111/j.1365-2036.2008.03664.x
 9. Chen AY, Frankowshi R, Bishop-Leone J, Hebert T, Leyk S, Lewin J, et al. 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. In: *Archives of Otolaryngology - Head and Neck Surgery* [Internet] 2001 [citado 9 mayo 2021]. p. 870-6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11448365/>.
 10. Silbergleit AK, Schultz L, Jacobson BH, Beardsley T, Johnson AF. The dysphagia handicap index: Development and validation. *Dysphagia* [Internet] 2012 [citado 9 mayo 2021];27(1):46-52. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21424584/>. DOI: 10.1007/s00455-011-9336-2
 11. Resolution RESAP [Internet] 2003 [citado 27 julio 2020]. Disponible en: https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=09000016805de855.
 12. McHorney CA, Robbins JA, Lomax K, Rosenbek JC, Chignell K, Kramer AE, et al. 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. DOI: 10.1007/s00455-001-0109-1
 13. Gómez-Busto F, Andía Muñoz V, Sarabia M, Ruiz de Alegría L, González de Viñaspre I, López-Molina N, et al. Suplementos nutricionales gelatinizados: Una alternativa válida para la

- disfagia. *Nutr Hosp* 2011;26(4):775-83.
14. Clavé P, Terré R, de Kraa M, Serra M. Actitud a sguir ante una disfagia orofaríngea. *Rev Esp Enfermedades Dig* 2004;96(2):119-31.
 15. Zaldibar-Barinaga 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* 2013;47(3):136-40. DOI: 10.1016/j.rh.2013.03.002
 16. McHorney CA, Bricker DE, Kramer AE, Rosenbek JC, Robbins JA, Chignell KA, et al. The SWAL-QOL outcomes tool for oropharyngeal dysphagia in adults: I. Conceptual foundation and item development. *Dysphagia* [Internet] 2000 [citado 26 octubre 2020];15(3):115-21. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10839823/>. DOI: 10.1007/s004550010012
 17. Pontes ÉS, Do Amaral AKDFJ, Do Rêgo FLC, Azevedo EHM, Silva POC. Qualidade de vida relacionada à deglutição de idosos acometidos por acidente vascular encefálico. *Arq Gastroenterol* [Internet] 2017 [citado 17 noviembre 2019];54(1):27-32. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-28032017000100027&lng=en&tlng=en.
 18. OMS; 2019. Disponible en: https://www.ecured.cu/Calidad_de_vida 18/07/19.
 19. Kim D-Y, Park H-S, Park S-W, Kim J-H. The impact of dysphagia on quality of life in stroke patients. *Medicine (Baltimore)* 2020;99(34):e2179. DOI: 10.1097/MD.00000000000021795
 20. Plowman-Prine EK, Sapienza CM, Okun MS, Pollock SL, Jacobson C, Wu SS, et al. The Relationship Between Quality of Life and Swallowing in Parkinson's Disease NIH Public Access Author Manuscript. *Mov Disord* 2009;24(9):1352-8. DOI:

- 10.1002/mds.22617
21. Tabor L, Gaziano J, Watts S, Robison R, Plowman EK. Defining Swallowing-Related Quality of Life Profiles in Individuals with Amyotrophic Lateral Sclerosis. *Dysphagia* [Internet] 2016 [citado 14 julio 2021];31(3):376-82. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26837611/>. DOI: 10.1007/s00455-015-9686-2
 22. Carmignani I, Locatello LG, Desideri I, Bonomo P, Olmetto E, Livi L, et al. Analysis of dysphagia in advanced-stage head-and-neck cancer patients: impact on quality of life and development of a preventive swallowing treatment. *Eur Arch Otorhinolaryngol* [Internet] 2018 [citado 14 julio 2021];275(8):2159-67. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29978259/>. DOI: 10.1007/s00405-018-5054-9
 23. Cohen DL, Roffe C, Beavan J, Blackett B, Fairfield CA, Hamdy S, et al. Post-stroke dysphagia: A review and design considerations for future trials [Internet]. Vol. 11, *International Journal of Stroke*. Blackwell Publishing Ltd; 2016 [citado 9 mayo 2021]. p. 399-411. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27006423/>. DOI: 10.1177/1747493016639057
 24. Cohen EEW, LaMonte SJ, Erb NL, Beckman KL, Sadeghi N, Hutcheson KA, et al. American Cancer Society Head and Neck Cancer Survivorship Care Guideline. *CA Cancer J Clin* [Internet] 2016 [citado 9 mayo 2021];66(3):203-39. Disponible en: <https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.3322/caac.21343>. DOI: 10.3322/caac.21343
 25. Fernández-Ruiz VE, Paredes-Ibáñez R, Armero-Barranco D, Sánchez-Romera JF, Ferrer M. Analysis of Quality of Life and Nutritional Status in Elderly Patients with Dysphagia in Order to Prevent Hospital Admissions in a COVID-19 Pandemic. *Life* [Internet] 2021 [citado 14 julio 2021];11(1):1-16. Disponible

- en: /pmc/articles/PMC7824070/. DOI: 10.3390/life11010022
26. Rocamora JA, García-Luna PP. El menú de textura modificada; valor nutricional, digestibilidad y aportación dentro del menú de hospitales y residencias de mayores. *Nutr Hosp* 2014;29(4):873-9.
 27. Bannerman E, McDermott K. Dietary and Fluid Intakes of Older Adults in Care Homes Requiring a Texture Modified Diet: The Role of Snacks. *J Am Med Dir Assoc* [Internet] 2011 [citado 31 enero 2021];12(3):234-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21333927/>. DOI: 10.1016/j.jamda.2010.06.001
 28. Vucea V, Keller HH, Morrison JM, Duncan AM, Duizer LM, Carrier N, et al. Nutritional quality of regular and pureed menus in Canadian long term care homes: An analysis of the Making the Most of Mealtimes (M3) project. *BMC Nutr* 2017;3(1):1-11. DOI: 10.1186/s40795-017-0198-3
 29. Wright L, Cotter D, Hickson M, Frost G. Comparison of energy and protein intakes of older people consuming a texture modified diet with a normal hospital diet. *J Hum Nutr Diet* [Internet] 2005 [citado 30 enero 2021];18(3):213-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15882384/>. DOI: 10.1111/j.1365-277X.2005.00605.x
 30. O'keeffe ST. Use of modified diets to prevent aspiration in oropharyngeal dysphagia: is current practice justified? *BMC Geriatr* 2018;18(1):16710. DOI: 10.1186/s12877-018-0839-7
 31. Resolución ResAP(2003)3 Sobre Alimentación y Atención Nutricional en Hospitales. Consejo de Europa, Comité de Ministros [Internet]; 2003 [citado 10 abril 2021]. Disponible en: <https://www.unav.edu/documents/11310/0/resolucionalimentacionNHD.pdf>.
 32. Blanař V, Hödl M, Lohrmann C, Amir Y, Eglseer D. Dysphagia and factors associated with malnutrition risk: A 5-year multicentre study. *J Adv Nurs* [Internet] 2019 [citado 9

- mayo 2021];75(12):3566-76. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31452231/>. DOI:
10.1111/jan.14188
33. Huppertz VAL, Halfens RJG, van Helvoort A, de Groot LCPGM, Baijens LWJ, Schols JMGA. Association Between Oropharyngeal Dysphagia and Malnutrition in Dutch Nursing Home Residents: Results of the National Prevalence Measurement of Quality of Care. *J Nutr Heal Aging* [Internet] 2018 [citado 9 mayo 2021];22(10). Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30498833/>. DOI:
10.1007/s12603-018-1103-8
34. Ballesteros-Pomar MD, Cherubini A, Keller H, Lam P, Rolland Y, Simmons SF. Texture-Modified Diet for Improving the Management of Oropharyngeal Dysphagia in Nursing Home Residents: An Expert Review. *J Nutr Heal Aging* 2020;24(6):576-81. DOI: 10.1007/s12603-020-1377-5
35. Penacho Lázaro MÁ, Calleja Fernández A, Castro Penacho S, Tierra Rodríguez AM, Vidal Casariego A. Valoración del riesgo de malnutrición en pacientes institucionalizados en función del grado de dependencia. *Nutr Hosp* [Internet] 2019 [citado 9 mayo 2021];36(2):296-302. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30868902/>. DOI:
10.20960/nh.2196
36. Ibarra NB. Marco y descriptores de la IDDSI. Documento traducido al español por Natalia Badilla Ibarra. IDDSI; 2016 [citado 29 julio 2020]. Disponible en: https://iddsi.org/wp-content/uploads/2017/06/Spanish_Framework-Descriptors.pdf.
37. Reyes-Torres CA, Castillo-Martínez L, Reyes-Guerrero R, Ramos-Vázquez AG, Zavala-Solares M, Cassis-Nosthas L, et al. Design and implementation of modified-texture diet in older adults with oropharyngeal dysphagia: a randomized controlled trial. *Eur J Clin Nutr* [Internet] 2019 [citado 9 mayo 2021];73(7):989-96. Disponible en:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30643223/>.
10.1038/s41430-019-0389-x

DOI:



Tabla I. Ítems del SWAL-QoL, versión española (15)

Sobrecarga

- Me es muy difícil soportar mi problema de deglución
- Mi problema de deglución supone una preocupación importante en mi vida

Duración de la ingesta

- Tardo más en comer que los demás
- Tardo mucho tiempo en terminar una comida

Apetito

- La mayoría de los días no me importa si como o no
- Ya no disfruto comiendo
- Ya casi nunca tengo hambre

Frecuencia de síntomas

- Tos
- Atragantarse con alimentos sólidos
- Atragantarse con alimentos líquidos
- Saliva o flemas espesas
- Me ahogo cuando como
- Tener que aclarar la garganta (carraspeo)
- Babeo
- Problemas al masticar
- Restos de comida en la garganta
- Restos de comida en la boca
- Sólidos y líquidos que salen por la boca
- Sólidos y líquidos que salen por la nariz
- Expulsar comida o líquido al toser

Selección de alimentos

- Me supone un problema pensar qué puedo comer
- Es difícil encontrar alimentos que me gusten y pueda comer

Comunicación

- A los demás les cuesta entenderme al hablar
- Me resulta difícil hablar con claridad

Miedos

- Temo atragantarme al comer
- Me preocupa tener neumonía
- Me asusta atragantarme al beber
- Nunca sé cuándo voy a atragantarme

Salud mental

- Mi problema de deglución me deprime
- Mi problema de deglución me irrita
- Me molesta tener que tomar tantas precauciones al comer o beber
- Mi problema de deglución me frustra
- Estoy desanimado debido a mi problema de deglución

Social

- No salgo a comer fuera debido a mi problema de deglución
- Mi problema de deglución dificulta mi vida social

- Mis actividades habituales han cambiado debido a mi problema de deglución
- No disfruto de las reuniones sociales debido a mi problema de deglución
- Mi papel con mi familia/amigos ha cambiado por mi problema de deglución

Fatiga

- Me siento débil
- Me siento cansado
- Me siento agotado

Sueño

- Tengo problemas para conciliar el sueño
- Tengo problemas para mantener el sueño

Nutrición
Hospitalaria

Tabla II. Resultado de las secciones del QoL

Ítems SWAL-QoL	MEDIAS \pm DS		
	Global	Domicilio	Residencia
Carga de enfermedad	72,77 \pm 35,54	73,33 \pm 35,13	72,35 \pm 35,99
Frecuencia de síntomas	69,80 \pm 33,10	69,20 \pm 35,28	70,26 \pm 31,50
Selección de alimentos*	71,49 \pm 33,96	75,86 \pm 34,12	68,17 \pm 33,60
Deseo de comer (apetito)	50,20 \pm 27,44	48,51 \pm 30,14	51,48 \pm 25,28
Duración de la alimentación	68,42 \pm 23,40	73,33 \pm 29,83	64,70 \pm 16,19
Miedo†	52,28 \pm 31,60	57,01 \pm 36,41	48,70 \pm 27,03
Comunicación	44,06 \pm 21,61	32,41 \pm 23,28	52,87 \pm 15,26
Salud mental†	55,64 \pm 30,34	66,44 \pm 34,30	47,48 \pm 24,06
Sueño/Descanso	57,03 \pm 23,75	59,08 \pm 30,94	55,48 \pm 16,34
Fatiga	63,76 \pm 27,10	60,92 \pm 34,49	65,91 \pm 20,85
Afectación social	61,29 \pm 29,46	59,31 \pm 34,83	62,78 \pm 24,69

*p < 0,01; †p < 0,001.

Tabla III. Relación del SWAL-QoL frente a la pauta de viscosidad de líquidos



SWAL-QoL (impacto)	Viscosidades*		
	Néctar (n = 72)	Miel (n = 53)	Pudín (n = 57)
Impacto severo (33)	15,3 % (11)	19 % (10)	21,1 % (12)
Impacto moderado (108)	50 % (36)	58,5 % (31)	71,9 % (41)
Impacto discreto o ausente (41)	34,7 % (25)	22,5 % (12)	7 % (4)

*Diferencia entre viscosidades, $p = 0,04$.

Nutrición
Hospitalaria

Tabla IV. Relación del SWAL-QoL y el tipo de dieta



SWAL-QoL (impacto)	Tipos de dieta				
	Puré (DP) (n = 134)	Blanda (DB) (n = 6)	Mixta (DM) (n = 43)	Normal (DN) (n = 19)	(DB+DM+DN) * (68)
Impacto severo (39)	17,9 % (24)	50 % (3)	20,9 % (9)	15,8 % (3)	22,1 % (15)
Impacto moderado (121)	66,4 % (89)	50 % (3)	51,2 % (22)	36,8 % (7)	47,1 % (32)
Impacto discreto o ausente (42)	15,7 % (21)	(0)	27,9 % (12)	47,4 % (9)	30,8 % (21)

*Diferencia entre la DP y las dietas agrupadas, p = 0,016.

