



Universidad de Valladolid
Grado en Enfermería
Facultad de Enfermería de Valladolid



Curso 2022-2023
Trabajo de Fin de Grado

Cuidados enfermeros en pacientes ancianos
con disfagia orofaríngea. Revisión sistemática.

Sara Burgoa Prieto

Tutora: María López Vallecillo

RESUMEN:

Introducción: La disfagia orofaríngea, definida como la imposibilidad para tragar alimentos sólidos o líquidos por vía oral de manera segura y efectiva, presenta una elevada incidencia en las personas mayores. En una sociedad cada vez más envejecida, resulta imprescindible que las enfermeras tengan las destrezas necesarias para el correcto abordaje de esta patología.

Objetivo: Revisar la mayor evidencia disponible sobre los cuidados enfermeros con mayor efectividad en el abordaje de la disfagia en personas mayores.

Método: Se realizó una revisión sistemática de artículos publicados en los últimos 10 años en las bases de datos Pubmed, ScienceDirect, Cinahl, Google Scholar, Scopus y Scielo, en inglés y español. Los descriptores utilizados fueron “dysphagia”, “elderly”, “nursing”, “aspiration”, “feeding” y “care”. Los criterios de inclusión fueron: pacientes adultos, con disfagia orofaríngea, con o sin otra patología coexistente.

Resultados: De 877 estudios se seleccionaron únicamente 6 que se ajustaban a los criterios de inclusión, todos ellos revisiones sistemáticas. Se analizaron los cuidados más efectivos en los ancianos con disfagia orofaríngea, incluyendo herramientas de cribado, modificaciones en la consistencia de los alimentos, cuidado del entorno, adaptaciones posturales, maniobras deglutorias, abordaje multidisciplinar y cuidados coadyuvantes.

Conclusiones: El uso de herramientas de cribado como EAT-10 y GUSS, la consistencia espesa de los alimentos, el ambiente tranquilo, la verticalidad en la postura, las maniobras deglutorias y la limpieza bucal, demostraron favorecer una deglución segura y efectiva, y reducir los riesgos de aspiración en el anciano con disfagia.

PALABRAS CLAVE: Disfagia, geriatría, enfermería, aspiración, cuidados.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN.....	1
1.1 INTRODUCCIÓN.....	1
1.2 JUSTIFICACIÓN	4
2. OBJETIVOS	6
2.1 OBJETIVO GENERAL	6
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	6
3. MÉTODO.....	7
3.1 DISEÑO.....	7
3.2 FUENTES DE INFORMACIÓN Y ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA	7
3.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	7
3.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	7
3.5 EXTRACCIÓN DE DATOS	8
4. RESULTADOS	9
4.1 DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE SELECCIÓN.....	9
4.2 CALIDAD METODOLÓGICA Y CARACTERÍSTICAS DE LOS ESTUDIOS	9
4.3 EXPOSICIÓN NARRATIVA DE LOS RESULTADOS	10
4.3.1 HERRAMIENTAS DE CRIBADO Y EVALUACIÓN DE LA DISFAGIA.....	10
4.3.2 CUIDADOS ENFERMEROS EN EL PACIENTE ANCIANO CON DISFAGIA	11
4.3.3 ÁBORDAJE MULTIDISCIPLINAR DEL PACIENTE ANCIANO CON DISFAGIA.....	14
5. DISCUSIÓN.....	15
5.1 LIMITACIONES.....	17
5.2 IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA.	17
5.3 FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN	17
6. CONCLUSIONES.....	19
7. BIBLIOGRAFÍA	20
8. ANEXOS	24
8.1 ANEXO I. TABLA DE EXTRACCIÓN DE DATOS.	24
8.2 ANEXO II. TABLA DE ANÁLISIS DE LA LECTURA CRÍTICA PARA LA EVALUACIÓN DE REVISIONES SISTEMÁTICAS-CASPE.....	30
8.3 ANEXO III. GUGGING SWALLOWING SCREEN (GUSS).....	31
8.4 ANEXO IV. EATING ASSESSMENT TOOL-10 (EAT-10)	32

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

1.1 Introducción

La OMS (1) define la disfagia en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), como la dificultad para tragar que puede desembocar en un trastorno neuromuscular o una obstrucción mecánica. Implica la incapacidad de ingerir alimentos (líquidos o sólidos) por la boca de manera segura y eficaz, pudiendo conducir a la aspiración, desnutrición, deshidratación y trastornos de la interacción psicológica y social (2–4). Además, la disfagia no diagnosticada aumenta el riesgo de neumonía, que en personas de avanzada edad, puede conducir a la muerte (3,4).

Alrededor de 50 pares de músculos estriados se excitan y/o inhiben secuencialmente permitiendo que el bolo alimenticio transite desde la boca hasta el estómago. Cuando algún elemento de este sistema sensoriomotor tan complejo se altera, aparece la disfagia, pudiendo tener una causa estructural o neurológica (5).

Las variaciones anatómicas pueden deberse a tumores, hernias, estenosis, divertículos, etc. (4). Las alteraciones neurológicas son más numerosas incluyendo diversas enfermedades neurodegenerativas como la Esclerosis Múltiple, Parálisis Cerebral, Esclerosis Lateral Amiotrófica, distrofia muscular, etc. (5,6). Sin embargo, la etiología neurológica más frecuente de disfagia recae sobre las demencias, la Enfermedad de Párkinson y los accidentes cerebro vasculares (ACV) (6). Se estima que entre el 20% y el 50% de las personas que han sufrido un accidente cerebrovascular tienen signos y síntomas identificables de disfagia, de los cuales un 28% presenta alto riesgo de aspiración (4).

El envejecimiento conlleva cambios psicológicos, fisiológicos y morfológicos, que también pueden afectar a la deglución. Cuando esto ocurre, el término adecuado para referirse a la alteración deglutoria sería presbifagia (3). El envejecimiento está inevitablemente asociado con el deterioro funcional, lo que implica una disminución de la sensibilidad gustativa y percepción de la viscosidad de los alimentos, debilitamiento de la musculatura lingual para la propulsión del bolo, lentitud al inicio de la respuesta faríngea para la deglución y lentitud en la

elevación del hioides (7). Este escenario hace que la deglución en ancianos sea menos efectiva y segura, y de lugar a la aparición de disfagia orofaríngea. Por este motivo, la tercera edad, es el grupo poblacional más afectado por la disfagia y su incidencia asciende al 79% en el caso de cuidados paliativos (7,8).

Disfagia y presbifagia se clasifican de acuerdo con la fase de la deglución que resulte comprometida: oral, faríngea o esofágica (3). La disfagia orofaríngea obedece a una disfunción de la faringe y del esfínter esofágico superior, mientras que la disfagia esofágica, suele deberse a una disfunción del esófago (alteración en la peristalsis) (1).

Los signos y síntomas clínicos más característicos de la disfagia son el atragantamiento, la tos, la odinofagia (deglución dolorosa), la deglución fraccionada (tragar varias veces el mismo bolo), el residuo oral o faríngeo y el cambio en el tono de voz tras la deglución (voz húmeda). Asimismo, deberá considerarse la presencia de disfagia si existen infecciones respiratorias de repetición o pérdida de peso sin otra causa aparente, ya que son síntomas asociados a la aspiración y desnutrición respectivamente, y que frecuentemente pueden estar presentes en trastornos deglutorios silenciosos (3,6).

La disfagia conduce frecuentemente a la desnutrición y deshidratación, por la dificultad de adaptación de los alimentos a la ingesta. Al no poder deglutirlos, dejan de ingerirse, pero no se sustituyen o se adaptan para que su eliminación no suponga una carencia nutricional, dando lugar a complicaciones (3).

También tiene un impacto negativo en la salud mental de las personas que la padecen. Comer y beber es un acto social cuyo objetivo en muchas ocasiones, no es el de administrar nutrientes, sino el de la relación con otros individuos de la comunidad. Al no poder desarrollar esta actividad con normalidad, hace que se aíslen y reduzcan sus encuentros sociales, repercutiendo negativamente en su estado de ánimo (8).

La complicación más grave de la disfagia es la aspiración, siendo también la que está asociada con altos índices de mortalidad, sobre todo en ancianos. Puede producirse de manera manifiesta (con presencia de tos) o silenciosa (sin provocar ningún síntoma de alarma). La aspiración silenciosa se basa en la

infiltración de alimentos, líquidos o saliva en la subglotis sin despertar el reflejo tusígeno, y supone la causa del 15,6% de los casos de neumonía aspirativa. Por este motivo, es fundamental la observación de los grupos de riesgo, teniendo en cuenta que, sobre todo en personas mayores, la disfagia suele comenzar de manera insidiosa (2). La neumonía es la segunda infección más común entre los residentes de hogares geriátricos, teniendo una mayor incidencia que en los ancianos que viven en la comunidad (9).

Se calcula que más de dos millones de personas en España padecen disfagia y que aproximadamente el 90% de la población que sufre este trastorno no está diagnosticada ni correctamente tratada (10).

La población geriátrica constituye el principal grupo afectado, y aquel con mayor índice de desarrollo de complicaciones con impacto en la salud, la funcionalidad, el estado nutricional, la morbimortalidad y la calidad de vida. Las más recurrentes en este grupo poblacional son la desnutrición, la deshidratación y la aspiración de contenido hacia vías respiratorias (7,10).

En cuanto al sexo, los datos apuntan a una mayor prevalencia en mujeres, pero esto parece verse relacionado con la mayor tasa de mujeres que de hombres en edad avanzada debido a una mayor esperanza de vida (7).

La disfagia no solo conlleva a una pérdida de la calidad de vida de las personas que la padecen, sino que la aparición de complicaciones clínicas derivadas provoca un aumento de la estancia hospitalaria, y por tanto, de los costes económicos sanitarios a largo plazo (10).

Tanto su diagnóstico como el tratamiento precisan de un enfoque multidisciplinar, incluyendo a médicos, enfermeras, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, logopedas y psicólogos, entre otros profesionales. Resulta fundamental que estos equipos hagan partícipes a los propios pacientes, y sus familias y cuidadores, logrando la comprensión de las intervenciones realizadas y reduciendo el impacto psicológico y social que la disfagia conlleva (10).

1.2 Justificación

Los indicadores estadísticos muestran que la población de la Unión Europea está envejeciendo con una tendencia ascendente cada año. En España en 2020, el 21% de la población tenía 65 años o más, frente al 16% en 2001, y se prevé que esto continúe en la misma línea los próximos años, debido a una mejora en la esperanza de vida (11).

El envejecimiento, las enfermedades y los medicamentos se encuentran entre los factores de riesgo para el desarrollo de disfagia. En comparación con otras poblaciones, los adultos mayores presentan una mayor susceptibilidad a padecerla (2).

La prevalencia en ancianos independientes es del 30%, mientras que en ancianos institucionalizados asciende a más del 40%, constituyendo así uno de los principales problemas de las residencias geriátricas (7,10).

Muchas personas institucionalizadas con disfagia requieren asistencia para la alimentación, y las enfermeras son las principales proveedoras de estos cuidados. El desconocimiento de la disfagia, sus síntomas y su abordaje suponen barreras en el cuidado que deben ser eliminadas (8).

Muchos pacientes ancianos con problemas en la deglución de los alimentos asocian esta dificultad a la edad, considerándolo una consecuencia normal del envejecimiento, por lo que no piden ayuda ni se lo comunican a sus cuidadores. Sin embargo, esta condición hace que la disfagia no se diagnostique a tiempo, no se trate y por lo tanto genere complicaciones con mal pronóstico. Por este motivo, una evaluación rutinaria de la deglución, en el momento de la admisión de un paciente a un hogar de ancianos, facilitaría la detección y la posibilidad de elaborar un plan de cuidados que reduzca los riesgos de la aparición de complicaciones a causa de la disfagia (9).

Esta alteración suele presentarse en pacientes con otras enfermedades de base demostrando alta comorbilidad, lo que puede conducir a un mayor riesgo de mortalidad, que puede reducirse gracias a la evaluación temprana de la deglución (9).

Una intervención enfermera temprana y eficaz puede reducir la aparición de complicaciones, por ello resulta imprescindible que las enfermeras identifiquen los signos y síntomas, para evitar consecuencias negativas en el paciente y puedan elaborar planes de cuidados específicos (2,4).

Gracias a la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), las enfermeras cuentan con un lenguaje y taxonomía propios que le dotan de capacidad para emitir diagnósticos enfermeros y establecer planes de cuidados con intervenciones específicas encaminadas a lograr resultados marcados (12).

El principal diagnóstico enfermero enfocado exclusivamente a esta patología es el de "Deterioro de la deglución". Sin embargo, en la valoración de la disfagia, las enfermeras evalúan aspectos como el volumen de la ingesta de sólidos y líquidos, la funcionalidad de los músculos implicados en la deglución, el riesgo de broncoaspiración, el autocuidado en la alimentación, etc. Y para dar respuesta a estas valoraciones, existen otros diagnósticos enfermeros relacionados como son "Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales", "Riesgo de nivel de glucemia inestable", "Riesgo de déficit de volumen de líquidos", "Déficit de autocuidado en la alimentación" y "Riesgo de aspiración". El conjunto de todos estos diagnósticos permite evaluar y elaborar un plan de cuidados de manera objetiva para dar respuesta a las necesidades del paciente (12).

Las enfermeras, por lo tanto, tienen las herramientas y la capacidad para trabajar con personas con disfagia, pero varios estudios revelan que se necesita una formación específica en el abordaje de esta patología, debido a las dificultades que conlleva. Las estrategias posturales durante las comidas, las maniobras deglutorias, la variación de las consistencias o el uso de instrumentos de apoyo, son algunas de las áreas en las que se ha identificado una necesidad mayor de aprendizaje (8).

Por todo lo anteriormente expuesto se pretende revisar la mayor evidencia disponible sobre los cuidados enfermeros con mayor efectividad en el abordaje de la disfagia en personas mayores.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo general

Revisar la mayor evidencia disponible sobre los cuidados enfermeros con mayor efectividad en el abordaje de la disfagia en personas mayores.

2.2 Objetivos específicos

1. Identificar las herramientas de cribado y evaluación de la disfagia más efectivas.
2. Definir los cuidados enfermeros con mayor efectividad para lograr una deglución segura, reducir el riesgo de aspiración y conseguir una correcta nutrición en la persona anciana con disfagia.
3. Estudiar la importancia del abordaje multidisciplinar del anciano con disfagia.

3. MÉTODO

3.1 Diseño

Se realizó una revisión sistemática de artículos publicados en los últimos 10 años (2013-2023) en busca de la mayor evidencia sobre los cuidados enfermeros en personas mayores con disfagia.

3.2 Fuentes de información y estrategias de búsqueda

La búsqueda se llevó a cabo entre el 10 de febrero y el 27 de abril de 2023, en las bases de datos de Pubmed, ScienceDirect, Cinahl, Google Scholar, Scopus y Scielo incluyendo artículos en inglés y en español.

La pregunta PICO planteada fue:

Patient	Pacientes mayores de 65 años con disfagia.
Intervention	Cuidados enfermeros.
Comparison	No procede.
Outcomes	Abordaje de la disfagia.

Los artículos relevantes se identificaron utilizando los descriptores MeSH (Medical Subject Headings) combinados con el operador booleano AND, con las siguientes ecuaciones de búsqueda: ["dysphagia" AND "elderly"], ["dysphagia" AND "nursing"], ["dysphagia" AND "nursing" AND "elderly" AND "aspiration"], ["dysphagia" AND "care"], ["dysphagia" AND "approach" AND "elderly"], y ["dysphagia" AND "feeding" AND "elderly"].

El estilo internacional de referencias bibliográficas utilizado fue Vancouver.

3.3 Criterios de inclusión

Se incluyeron todos aquellos artículos sobre los cuidados enfermeros en la persona mayor de 65 años con disfagia, publicadas en los últimos 10 años, en inglés y castellano. Se incluyeron artículos cuya población de estudio fuese el paciente adulto mayor con o sin otra patología asociada diferente de la disfagia.

3.4 Criterios de exclusión

Se excluyeron todos aquellos artículos que estudiaran pacientes de edades pediátricas y con patologías deglutorias distintas a la disfagia. Así mismo, se

descartaron todos aquellos con formato de cartas al editor y artículos de opinión.

3.5 Extracción de datos

En la recogida de datos relevantes para el estudio se diseñó una tabla (Anexo I) en la que se incluyó la siguiente información de cada artículo: autores, año y lugar de publicación, tipo de estudio, población de estudio, objetivo y resultados.

Se consideró adecuado que los resultados obtenidos se sintetizaran mediante un resumen narrativo que diera respuesta a la pregunta de búsqueda intentando dar un sentido integrador a los mismos.

La herramienta de lectura crítica utilizada para la valoración de la calidad de los estudios fue la Guía de Valoración Crítica de Revisiones Sistemáticas del Critical Appraisal Skills Programme en español (CASPe) (13), decidiendo incluir aquellos estudios con una puntuación igual o superior a 7 sobre 10 ítems, tratando de asegurar una buena calidad metodológica y bajo riesgo de sesgo.

Para la organización de las citas se empleó el gestor bibliográfico *Mendeley Cite*.

4. RESULTADOS

4.1 Descripción del proceso de selección

En la búsqueda inicial se encontró un total de 877 artículos. Tras eliminar duplicados en varias bases de datos y cribar por título y resumen, se seleccionaron 162, que eran los que trataban el tema objeto de estudio y cumplían criterios de inclusión. De estos, se seleccionaron 26 artículos para su lectura de texto completo, de los cuales se excluyeron 20 por no incluir información relevante relacionada con el objetivo de la revisión. Finalmente, se incluyeron 6 artículos, todos ellos revisiones sistemáticas (14, 15, 16, 17, 18, 19) (Figura 1).

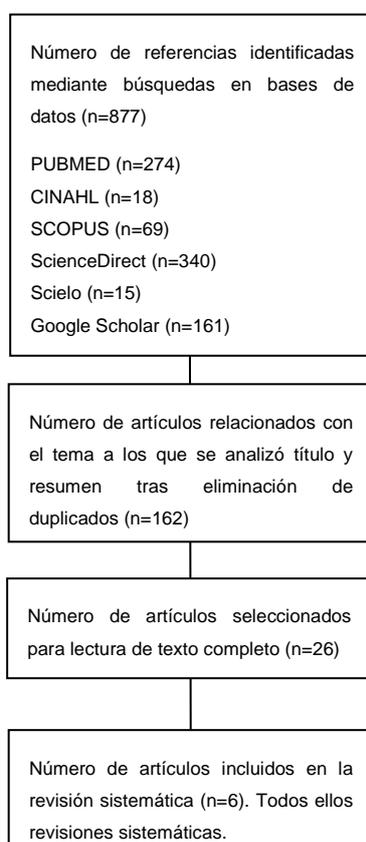


Figura 1. Diagrama de flujo para la selección de los artículos.

4.2 Calidad metodológica y características de los estudios

Los estudios revisados presentaron viabilidad en cuanto a calidad metodológica. La puntuación media de CASPe fue 7,83. Ver tabla de valoración de CASPe

(Anexo II).

En todas las revisiones seleccionadas se incluyeron estudios pertinentes o relevantes, aunque el esfuerzo por valorar la calidad metodológica de los mismos varía. Así mismo, todas extraen un resultado global y consideran resultados importantes.

Las 6 revisiones seleccionadas analizan un total de 139 estudios, entre los que se incluyen artículos de revisión, estudios descriptivos, cuantitativos y un estudio de métodos mixtos. La muestra total estudiada es de 13.585 pacientes con disfagia orofaríngea, todos ellos adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados.

4.3 Exposición narrativa de los resultados

4.3.1 Herramientas de cribado y evaluación de la disfagia.

El primer paso para planificar los cuidados de una persona con disfagia es tener al paciente definido. En muchas ocasiones existen sospechas de una posible alteración en la deglución, pero no se realizan pruebas objetivas que lo corroboren.

Estupiñán C et al. identificaron 13 instrumentos de cribado utilizados en ancianos (14) y tras realizar un análisis de todos ellos, definieron el Gugging Swallowing Screen (GUSS) (Anexo III) como una de las herramientas de cribado no invasivas más adecuadas para ser utilizada por las enfermeras (14,15). Se trata de una herramienta de screening con dos bloques:

- Una investigación preliminar o prueba indirecta de deglución. Se valora la atención del paciente, la tos voluntaria y la deglución de saliva.
- Una prueba directa de deglución de semisólidos, líquidos y sólidos en la que se valora el éxito de la deglución, la tos, la sialorrea y los cambios en la voz después de tragar.

Esta herramienta otorga una puntuación total de 0 a 20, y establece cuatro códigos de gravedad: 0-9 (Disfagia severa con alto riesgo de aspiración), 10-14 (Disfagia moderada con riesgo de aspiración), 15-19 (Disfagia leve con bajo riesgo de aspiración) y 20 (Disfagia muy leve o ausente con mínimo riesgo de

aspiración).

Bernardes RA et al. identificaron 19 herramientas, de las que destacan el Eating Assessment Tool-10 (EAT-10) (Anexo IV) como una de las más utilizadas en la detección de la disfagia en ancianos. Se trata de un cuestionario tipo Likert de 10 ítems, en el que el paciente debe dar una puntuación de 0 a 4 en función de la dificultad que perciba. Está diseñada para realizarse tanto como un auto-test, como una herramienta de despistaje de la disfagia empleada por profesionales de la salud (16).

4.3.2 Cuidados enfermeros en el paciente anciano con disfagia

Modificación de la consistencia de los alimentos.

Una de las principales complicaciones asociadas a la disfagia es la aspiración de alimentos a la vía aérea, pudiendo producir neumonías aspirativas. Shen Chen et al., Poveda CM y López AM, describen como técnica básica de prevención de la aspiración la modificación de la consistencia de los alimentos incluidos en la dieta (15,17). Sharon Wu et. al estudian en su investigación un grupo poblacional de 712 ancianos que consumían texturas modificadas, y observaron que el aumento de la viscosidad ralentiza el flujo del bolo alimenticio por la orofaringe, y ofrece más tiempo al paciente para activar el reflejo deglutorio reduciendo el riesgo de aspiración (18). Por esta razón, la adaptación de sólidos y/o líquidos es el principal tratamiento compensatorio de la disfagia orofaríngea (15).

Los alimentos enteros como la carne o la verdura se texturizan por medio de procesadoras, consiguiendo una consistencia pastosa que facilite la deglución. La elaboración de purés y triturados resulta una técnica útil en el manejo de alimentos sólidos (17,18). También puede recurrirse a la utilización de alimentos directamente comercializados con la textura modificada para garantizar la adecuada viscosidad (18).

Para conseguir mayor espesor de los alimentos líquidos, se emplean espesantes comerciales en busca de la consistencia que mejor se adapte a la deglución del paciente: néctar, miel o pudín. La prevalencia de aspiraciones se reduce significativamente al 10,5% mediante viscosidad néctar y al 5,3% mediante

viscosidad pudin (19). Dentro de los alimentos líquidos se encuentran la leche, los zumos, los caldos y, por supuesto, el agua, que no debe olvidarse para no comprometer la adecuada hidratación del paciente (17,18).

Una misma consistencia no es válida para todos los pacientes con disfagia, por lo que se deberá realizar una evaluación individualizada de cada paciente y ofrecer las consistencias que mejor manejen. Así mismo, se deberá variar la textura gradualmente en función del momento evolutivo del trastorno (17–19).

El entorno durante la alimentación.

Las distracciones o el ambiente alterado durante la alimentación juegan un papel en contra de la seguridad en la deglución, provocando una dispersión de la atención del anciano con disfagia y aumentando los riesgos de atragantamientos y aspiración. Por ello, se debe cuidar el espacio y el momento de la alimentación, favoreciendo un ambiente tranquilo, luminoso, limpio y ordenado (17). De igual manera se resalta la importancia de la actitud del cuidador durante el proceso, quien debe seguir las siguientes consideraciones (17):

- Ajustar la velocidad a las necesidades del paciente. No se debe buscar una alimentación rápida, sino favorecer un proceso de masticación y deglución correcto y seguro, aunque sea más lento.
- Controlar el volumen del bolo introducido, ya que no debe ser demasiado grande para que la deglución pueda desencadenarse con seguridad (17,19).
- Aportar un refuerzo positivo, una actitud de aprobación y una orientación en el proceso deglutorio.

Adaptaciones posturales.

Las estrategias posturales se basan en buscar verticalidad y simetría del abdomen del paciente durante la deglución para favorecer el descenso del bolo alimenticio. Así mismo, implican un control sobre la respiración y el tono muscular (19). La persona debe sentarse erguida, o si se encuentra encamada, con la cabecera elevada al menos 30° (17).

Dichas estrategias consiguen evitar las aspiraciones en el 25% de los ancianos que las practican (19).

Maniobras deglutorias.

Las maniobras deglutorias se dirigen a compensar alteraciones biomecánicas. Se busca que el paciente las aprenda y las integre en su proceso de deglución de manera automatizada. Por esta razón, solo serán efectivas en ancianos colaboradores y con un nivel cognitivo íntegro (19).

Según Shen Chen et. al, las maniobras deglutorias que han demostrado favorecer una deglución segura son (17):

- Flexión del cuello aproximando la barbilla hacia el pecho. Esta posición de los órganos cierra la vía aérea dificultando el paso de restos alimenticios.
- Giro de la cabeza hacia el hemicuerpo paralizado (en casos de hemiplejía por ictus), favoreciendo que el bolo deslice por el lado sano.
- Maniobra de Masako, que consiste en colocar la lengua entre los dientes y realizar una deglución seca.

Cuidados adyuvantes.

Aunque no son cuidados que vayan a favorecer una deglución más efectiva, en este apartado se engloban actividades que reducen el riesgo de aparición de complicaciones derivadas de la disfagia.

La más importante es la adecuada higiene bucal. Las personas con disfagia suelen presentar dificultades en el arrastre del bolo completo, por lo que después cada ingesta, quedan en la boca pequeñas trazas de comida o restos de purés, que, en un descuido, pueden ser aspirados hacia las vías respiratorias, siendo causantes de neumonías aspirativas silenciosas (15,17).

Poveda Ortin MC et. al analizaron 9 artículos en los que se estudia una muestra total de 2498 ancianos con disfagia (15). La práctica que demostró tener mayor eficacia en la limpieza de la cavidad oral fue el cepillado de dientes 3 veces al día, combinado con enjuagues bucales 2 veces al día con clorhexidina al 0,12%. En caso de dentaduras postizas, situación muy frecuente en los ancianos, estas se deben sumergir en una solución desinfectante durante la noche y limpiar adecuadamente las encías después de su retirada. Además, se recomienda la realización de exámenes bucales periódicos por el especialista (15).

4.3.3 Abordaje multidisciplinar del paciente anciano con disfagia

La intervención multidisciplinar brinda a los ancianos con disfagia una rehabilitación global del proceso deglutorio, llegando a lograr el restablecimiento total de las funciones o mejorando ampliamente su calidad de vida (15,17). Dentro de este equipo multidisciplinar destacan logopedas y fisioterapeutas, que desempeñan un papel importante en el tratamiento; y enfermeras y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, que brindan cuidados y asisten a los pacientes con disfagia diariamente. Otros profesionales como médicos, dietistas y terapeutas ocupacionales también desarrollan un papel importante en el diagnóstico, adaptación de las dietas y aportación de técnicas respectivamente (17).

5. DISCUSIÓN

Además de relacionarse con la aspiración, la disfagia también implica un riesgo de desnutrición y deshidratación. En la mayoría de los entornos residenciales, logopedas o especialistas no son fácilmente accesibles, y son las enfermeras las que toman las decisiones en el manejo de la alimentación de las personas con disfagia. Por esta razón, es fundamental detectar esta alteración de forma precoz y objetiva, para poder desarrollar estrategias terapéuticas junto a otros profesionales e implementar cuidados específicos basados en la evidencia (14). Varios autores coinciden en la necesidad de realizar evaluaciones que permitan la detección precoz de este trastorno (20,21), sin embargo, Venegas M et al. declaran que no existe un consenso universal sobre cuál es la mejor herramienta de screening, por lo que se plantea la necesidad de realizar estudios comparativos de los distintos materiales, que revelen cuál es el más efectivo (21). Aunque las herramientas EAT-10 y GUSS son aplicables a la población general, también existen otros test con un enfoque específico a determinados colectivos como pacientes con Enfermedad de Parkinson, con Esclerosis Múltiple, con distrofias musculares o para pacientes extubados (16). Si existieran dudas después del cribado sobre la seguridad en la deglución de un anciano, el siguiente paso sería la realización de pruebas instrumentales invasivas como la videofluoroscopia o la nasofibrolaringoscopia (22).

En cuanto al riesgo de desnutrición, cuando la alimentación de una persona con disfagia esté gravemente comprometida y se sospeche que no se están cubriendo las necesidades nutricionales, es fundamental aportar suplementos para completar la ingesta proteica y energética (20).

En concordancia con los trabajos analizados, varios estudios coinciden en la importancia del papel de las enfermeras en el mantenimiento de una adecuada higiene oral y cuidado dental de los ancianos, no solo para prevenir la neumonía aspirativa, sino también para mejorar el proceso de masticación y la percepción sensorial oral (20,23).

Sin embargo, existen algunos aspectos que no han sido contemplados en los estudios analizados. En primer lugar, se encuentra la presencia del plato. La

presentación de pastas o purés puede no resultar apetecible para los ancianos con disfagia, que cada día se encuentran un plato de esas características en la mesa. Por ello, es importante cuidar el atractivo de los alimentos y ofrecer varias alternativas para fomentar las ganas y la motivación por comer (20).

Por otro lado, la administración de medicamentos por vía oral también puede verse comprometida en las personas mayores que sufren disfagia, suponiendo un problema ya que la farmacoterapia suele ser un elemento fundamental en su tratamiento. Sin embargo, no se han encontrado estudios sobre cómo adaptar de forma correcta la medicación. Debido a la falta de información, se suelen triturar pastillas o abrir las cápsulas para facilitar la administración, y en muchas ocasiones se altera la acción farmacológica haciendo que se pierda la efectividad. Otra estrategia utilizada es intentar enmascarar las pastillas en cucharadas de yogur, natillas u otros alimentos con textura pudín como vehículo de administración, reduciendo la seguridad de la deglución al introducir dos texturas distintas en un mismo bolo (24).

Llama la atención la preocupación común en relación con la brecha de conocimientos y formación del personal sanitario que presta asistencia a las personas con disfagia (20,25). Un estudio realizado por Luo CR et al. muestra que un 89% de las enfermeras consideró que carece de conocimientos y habilidades para el manejo de la disfagia, y solo el 53,56% demostró tener un conocimiento preciso de las estrategias de intervención en esta patología (25). Además, resalta también la falta de recursos personales en la atención. Generalmente, la ratio de pacientes por enfermera es elevada, lo que dificulta prestar cuidados de calidad basados en las necesidades de cada persona (20,24). El 44,5% de las enfermeras reconoció carecer de tiempo para cuidar a los ancianos con disfagia por estar ocupadas con otras actividades (25).

Aunque son evidentes las carencias en este campo, el 91,5% de las enfermeras encuestadas en el estudio de Luo CR et al. expresó su disposición a completar la formación en conocimientos y habilidades relacionadas con la disfagia, por lo que se requieren módulos formativos específicos que den respuesta a las necesidades actuales (25).

Cabe destacar también falta de investigación en este campo, pues no existen estudios suficientes sobre los cuidados enfermeros en relación con la disfagia.

5.1 Limitaciones

Las limitaciones de la revisión sistemática se enmarcan en el ámbito de la búsqueda en las bases de datos señaladas y tienen que ver con la dificultad para encontrar estudios sobre disfagia enfocados desde el punto de vista enfermero. Por ello, se ha recurrido a analizar trabajos orientados desde otras disciplinas como la medicina o la logopedia, llevándolos hacia las necesidades enfermeras.

Además, la evidencia de los estudios seleccionados es reducida, ya que no se han encontrado estudios con buena calidad metodológica enfocados a este campo, y el tamaño muestral era demasiado pequeño.

5.2 Implicaciones para la práctica

Se evidencia la eficacia de las herramientas de cribado en la detección de casos de disfagia en ancianos y se demuestra la necesidad de que las enfermeras conozcan la mejor forma de abordarlos como principales proveedoras de cuidados.

Se ha demostrado que la existencia de protocolos en las distintas unidades hospitalarias supone un apoyo en la toma de decisiones e implementa la seguridad del paciente (26). Por este motivo, se plantea la necesidad de creación de protocolos específicos de actuación frente a pacientes ancianos con disfagia.

Las enfermeras necesitan formación específica en disfagia para poder brindar unos cuidados basados en la seguridad y la efectividad a las personas con esta patología. Es necesario contar con cursos específicos que capaciten a las enfermeras para el abordaje y manejo de los ancianos con disfagia.

5.3 Futuras líneas de investigación

Son necesarios estudios específicos, que aborden la disfagia desde la detección y evaluación, hasta el manejo en la asistencia. Se plantea la necesidad de investigar sobre las mejores formas de adaptación de la medicación oral en pacientes con disfagia orofaríngea, para lograr una deglución segura y el efecto farmacológico deseado. Se requiere un análisis desde el punto de vista

enfermero de las técnicas y estrategias más efectivas para garantizar la seguridad en la deglución, además de la correcta nutrición e hidratación en las personas mayores con disfagia.

6. CONCLUSIONES

- Las herramientas EAT-10 y GUSS han demostrado ser de utilidad en la detección de la disfagia en pacientes ancianos, sin embargo, no existe consenso sobre qué herramienta es más adecuada.
- Los cuidados que han demostrado tener mayor efectividad en la seguridad de la deglución de los ancianos con disfagia son:
 - Modificar la textura en alimentos sólidos y líquidos. La consistencia más viscosa es la principal estrategia para prevenir la aspiración en personas con disfagia.
 - Cuidar el entorno y el feedback durante la alimentación, ya que favorece una deglución más segura y aumenta la motivación en el paciente.
 - Llevar a cabo estrategias posturales que favorezcan la verticalidad del paciente facilitan el descenso del bolo alimenticio y la fisiología de la deglución.
 - Utilizar maniobras deglutorias que desencadenen el reflejo de la deglución, únicamente en ancianos colaboradores y con un nivel cognitivo íntegro.
 - Cuidar la higiene bucal de los pacientes después de las ingestas con el fin de eliminar restos alimenticios y reducir el riesgo de aspiración.
- El abordaje multidisciplinar de los ancianos con disfagia resulta imprescindible para mejorar su calidad de vida.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. MD93 Disfagia [Internet]. Clasificación Internacional de Enfermedades, 11a revisión (CIE-11): Organización Mundial de la Salud (OMS) [Internet]. 2021 [citado 13 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://icd.who.int/browse11/l-m/es#http%3a%2f%2fid.who.int%2ficd%2fentity%2f968461848>
2. Luo CR, Wei JY, Zhang XM. A multicenter cross-sectional survey of the knowledge, attitudes, and practices of geriatric nurses regarding dysphagia care. *Ann Palliat Med*. 2022; 11(1): 16-25.
3. Barrón-Pavón V, Núñez CA, Espinoza VH, Rodríguez-Fernández A, García-Flores V, Sanhueza-Garrido M, et al. Food intake and presbyphagia in active elderly adults in Chillán, Chile. *Revista Chilena de Nutrición*. 2020; 47(4): 580-587.
4. Abu-Snieneh HM, Saleh MYN. Registered Nurse's Competency To Screen Dysphagia Among Stroke Patients: Literature Review. *Open Nurs J*. 2018; 12(1): 184-94.
5. Panebianco M, Marchese-Ragona R, Masiero S, Restivo DA. Dysphagia in neurological diseases: a literature review. *Neurological sciences*. 2020; 41: 3067-3073. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10072-020-04495-2>
6. Andrés Del Barrio MT et al. Protocolo diagnóstico de la disfagia de causa neurológica. *Medicine*. 2019; 12(77): 4567-4570.
7. Soares J, Cibelly A, De Carvalho L, Pernambuco L. Oropharyngeal dysphagia frequency in older adults living in nursing homes: An integrative review. *Codas*. 2021; 33(3): 1-12.
8. Tan L, Gan G, Hum A, Lee A. A stepwise, mixed-method study approach to identify the barriers to dysphagia care in hospice care nurses. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*. 2018; 20(1): 88-94.

9. Hollaar VRY et al. Nursing home-acquired pneumonia, dysphagia and associated diseases in nursing home residents: A retrospective, cross-sectional study. *Geriatr Nurs.* 2017; 38: 437-441.
10. Cruz Jentoft AJ et al. Situación de la disfagia orofaríngea en España. Desde el cribado al abordaje nutricional. Fundación de ciencias del medicamento y productos sanitarios [Internet]. 2019 [citado 13 de febrero de 2023]. Disponible en: https://www.fundacionfundamed.org/doc/GrupoTrabajo_Situacion-disfagia-orofaringea-espana.pdf
11. Eurostat. Estadísticas visualizadas. Edición 2021. Demografía de Europa [Internet]. 2021 [citado 13 de febrero de 2023]. Disponible en: https://www.ine.es/prodyser/demografia UE/img/pdf/Demograhya-InteractivePublication-2021_es.pdf?lang=es
12. NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2018-2020. 11a ed. Elsevier España S.L.U. Barcelona; 2019.
13. Redcaspe. Programa de Habilidades de Lectura Crítica en Español [Internet]. [citado 1 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://redcaspe.org/>
14. Estupiñán Artilles C, Regan J, Donnellan C. Dysphagia screening in residential care settings: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies.* 2021; 114.
15. Poveda Ortin CM, Mateo López A. Intervención mínima masiva en disfagia: papel de la enfermería. Revisión sistemática. *Gerontology Today.* 2021; 1(2): 113-142.
16. Bernardes RA, Cruz A, Neves H, Parola V, Catela N. Screening tools designed to assess and evaluate oropharyngeal dysphagia in adult patients: A Scoping Review. *Nurs Rep.* 2022; 12: 245-258.

17. Chen S, Kent B, Cui Y. Interventions to prevent aspiration in older adults with dysphagia living in nursing homes: a scoping review. *BMC Geriatrics*. 2021; 21(429).
18. Sharon Wu X, Miles A, Braakhuis A. Nutritional intake and meal composition of patients consuming texture modified diets and thickened fluids: A systematic review and meta-analysis. *Healthcare*. 2020; 8(579).
19. Baena González M, Molina Recio G. Abordaje de la disfagia en enfermos de alzhéimer. *Nutr Hosp*. 2016; 33(3): 739-748.
20. 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 Health Aging*. 2020; 24(6): 576-581.
21. Venegas M, Navia R, Fuentealba I, Díez de Medina M, Kunstmann P. Manejo hospitalario de la persona mayor con disfagia. *Rev Med Clin Condes*. 2020; 31(1): 50-64.
22. Wirth R et al. Oropharyngeal dysphagia in older persons – from pathophysiology to adequate intervention: A review and summary of an international expert meeting. *Clin Interv Aging*. 2016; 11: 189-208.
23. Melgaard D, Westergren A, Skrubbeltrang C, Smithard D. Interventions for nursing home residents with dysphagia - A scoping review. *Geriatrics*. 2021; 6(55).
24. Sefidani Forough et al. Factors that affect health-care workers' practices of medication administration to aged care residents with swallowing difficulties: An Australia-wide survey study. *Australas J Ageing*. 2020; 00: 1-8.
25. Luo CR, Wei JY, Zhang XM. A multicenter cross-sectional survey of the knowledge, attitudes, and practices of geriatric nurses regarding dysphagia care. *Ann Palliat Med*. 2022; 11(1): 16-25.

26. Nibbelink CW et al. Decision-making in nursing practice: An integrative literatura review. J Clin Nurs. 2018; 27(5-6): 917-928.

8. ANEXOS

8.1 Anexo I. Tabla de extracción de datos.

Shen Chen, Bridie Kent y Yan Cui. / Revisión Sistemática / China 2021.			
POBLACIÓN	OBJETIVO	RESULTADOS	COMENTARIO
Análisis de 19 artículos publicados entre 2010 y 2020. Adultos institucionalizados mayores de 65 años con disfagia orofaríngea.	Describir la evidencia sobre las intervenciones enfocadas a prevenir o reducir la aspiración en adultos institucionalizados mayores de 65 años con disfagia orofaríngea.	Las intervenciones que demostraron tener mayor evidencia en la prevención o reducción de la aspiración fueron la modificación de la consistencia de la dieta, el cuidado del ambiente y la atención del cuidador durante la alimentación, los cambios posturales, los programas de rehabilitación de la deglución, el tratamiento con medicamentos y los tratamientos de estimulación. La modificación de la consistencia de la dieta y los cambios posturales fueron las intervenciones incluidas en los artículos de estudio con más frecuencia.	Limitación por sesgo de publicación de artículos publicados en idiomas distintos del inglés y chino.
Constantino Estupiñán, Julie Regan y Claire Donnellan. / Revisión Sistemática / Irlanda 2021.			
POBLACIÓN	OBJETIVO	RESULTADOS	COMENTARIO
Análisis de 20 artículos publicados hasta septiembre de 2020, de los cuales 19 fueron estudios cuantitativos y	Describir métodos de identificación de la disfagia en adultos mayores institucionalizados.	Se identificaron 13 instrumentos de para el cribado de la disfagia: <ol style="list-style-type: none"> 1. 3-Ounce Water Swallow Test 2. Modified Water Swallow Test 3. The dysphagia self-test 4. Gugging Swallowing Screen (GUSS) 	Este artículo se ve limitado por no haber realizado una evaluación de la calidad de los estudios incluidos.

<p>un estudio de métodos mixtos. Se incluyen 10.375 participantes mayores de 50 años, diagnosticados de diversas patologías entre las que se incluyen neumonía aspirativa, ictus, cáncer, Parkinson y demencia, entre otras.</p>		<ol style="list-style-type: none"> 5. Eating Assessment Tool-10 (EAT-10) 6. The Dysphagia Severity Scale 7. The Mealtime Screening Tool 8. Timed swallowing test 9. 9-Clinical Indicators of Dysphagia 10. Dysphagia Screening Questionnaire 11. Yale Swallow Protocol 12. Screening Tool for Acute Neuro Dysphagia 13. Screening Tool for Acute Neuro Dysphagia Modified <p>Una de las herramientas de detección de la disfagia más adecuadas para ser utilizadas por enfermeras en entornos residenciales fue el “Gugging Swallowing Screen”. Sin embargo, no existen recomendaciones fuertes sobre el uso de una herramienta u otra.</p>	
Rafael A. Bernardes, Armenio Cruz, Hugo Neves, Víctor Parola y Nuno Catela. / Revisión Sistemática / Portugal 2022.			
POBLACIÓN	OBJETIVO	RESULTADOS	COMENTARIO
<p>Análisis de 33 artículos publicados entre 2014 y 2020.</p> <p>Criterios de inclusión: herramientas diseñadas específicamente para detectar y evaluar la</p>	<p>Mapear las herramientas de detección existentes para evaluar la disfagia orofaríngea en pacientes adultos mayores, identificar los</p>	<p>Se identificaron 19 herramientas de detección y valoración de la disfagia orofaríngea:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Swallowing Disturbance Questionnaire in Parkinson’s Disease Patients 2. Mann Assessment of Swallowing Ability (MASA) 3. McGill Ingestive Skills Assessment (MISA) 4. Toronto Bedside Swallowing Screening Test (TOR-BSST) 	<p>La estrategia de búsqueda de este artículo podría refinarse ampliando el número de bases de datos. Además, el artículo no especifica los tipos de estudio incluidos ni la</p>

<p>disfagia orofaríngea en pacientes adultos.</p> <p>Criterios de exclusión: valoración de la disfagia mediante métodos invasivos, escalas de valoración de la calidad de vida y herramientas de valoración en la población pediátrica.</p>	<p>parámetros clínicos relevantes y sus contextos de uso.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 5. Evaluación de la deglución de saliva mediante terapia del tracto oral y facial. 6. Eating Assessment Tool (EAT-10) 7. Kuchi-Kara Taberu Index 8. Saku-Saku Test 9. Gugging Swallowing Screen (GUSS) 10. Royal Birsbane and Women's Hospital (I-RBWH) Dysphagia Screening Tool 11. Postextubation Dysphagia Screening (PEDS) Tool 12. Test of Masticating and Swallowing Solids (TOMASS) 13. Repetitive Saliva Swallowing Test (RSST) 14. Questionnaire for the Assessment of Dysphagia in Multiple Sclerosis 15. Sydney Swallow Questionnaire (SSQ) 16. Assessment of Swallowing Ability for Pneumonia (ASAP) 17. Oral and Maxillofacial Frailty Index (OMFI) 18. Oropharyngeal Dysphagia Screening Test for Patients and Professionals (ODS-PP) 19. Mealtime Assessment Tool (MAT) <p>El "Eating Assessment Tool (EAT-10)" fue la herramienta más mencionada en los artículos revisados.</p>	<p>muestra analizada en los mismos.</p>
---	---	--	---

POBLACIÓN	OBJETIVO	RESULTADOS	COMENTARIO
<p>Análisis de 35 estudios publicados en inglés.</p> <p>Se incluyeron ensayos controlados aleatorios, estudios de cohortes, previos y posteriores, observacionales transversales y experimentales.</p> <p>El grupo poblacional total estudiado fue de 712 adultos mayores que consumieran alimentos de textura modificada y líquidos espesados.</p>	<p>Evaluar la adecuación de la ingesta nutricional de adultos mayores con disfagia orofaríngea mediante el uso de alimentos con textura modificada y fluidos espesados.</p>	<p>Las estrategias de modificación de textura de los alimentos más empleadas fueron el triturado y la preparación de purés para lograr una mayor viscosidad. La adición de cereales para bebés en polvo, también se identificó como técnica utilizada para modificar la consistencia de algunos alimentos, además de aumentar el aporte energético de los mismos. También existen alimentos comercializados ya directamente con la textura modificada para cubrir los requerimientos de viscosidad.</p> <p>Los líquidos se adaptaron por medio de espesantes comerciales para lograr una textura néctar, miel o pudín en función de las necesidades y el grado de disfagia de cada paciente.</p>	<p>Este estudio se ve limitado por la calidad neutral de sus artículos incluidos debido a una muestra demasiado pequeña de población.</p>

Marta Baena González y Guillermo Molina Recio. / Revisión Sistemática. / España 2016.

POBLACIÓN	OBJETIVO	RESULTADOS	COMENTARIO
<p>Se analizaron 23 artículos publicados entre 2005 y 2014 en inglés y español. De los estudios incluidos, 17 fueron artículos de revisión y 6 artículos descriptivos.</p> <p>Se incluyeron artículos sobre el diagnóstico precoz y tratamiento de disfagia en pacientes con Alzheimer.</p>	<p>Analizar el conocimiento en relación con el abordaje integral de la disfagia en enfermos de Alzheimer.</p> <p>Conocer las herramientas para un diagnóstico precoz, prevención de complicaciones y actuaciones con el fin de mejorar la calidad de vida de estos.</p>	<p>Las estrategias posturales, basadas en buscar verticalidad y simetría del paciente durante la deglución, consiguen evitar las aspiraciones en el 25% de los pacientes a los que se aplican.</p> <p>Las maniobras deglutorias se dirigen especialmente a compensar alteraciones biomecánicas. Para que resulten de utilidad, el paciente debe ser capaz de aprenderlas y realizarlas de manera automatizada. Por esta razón, solo serán efectivas en pacientes colaboradores y con un nivel cognitivo íntegro.</p> <p>Los cambios en el volumen y la viscosidad del bolo disminuyen el riesgo de aspiración.</p>	<p>Algunos de los artículos incluidos presentan un escaso nivel de evidencia.</p>

Carmen María Poveda y Antonio Mateo López. / Revisión Sistemática. / España 2021.

POBLACIÓN	OBJETIVO	RESULTADOS	COMENTARIO
<p>Se analizaron 9 artículos entre los que se incluyen ensayos clínicos</p>	<p>Analizar la evidencia científica en relación con el papel de la</p>	<p>La intervención mínima masiva busca tratar a muchos pacientes con medidas sencillas y económicas, como la adaptación de</p>	<p>Se considera un artículo con bajo riesgo de sesgo, analizado mediante la</p>

<p>aleatorizados y estudios de intervenciones clínicas, publicados entre 2011 y 2020, en España y Estados Unidos.</p> <p>La muestra total de población estudiada fue de 2498 pacientes ancianos con o sin patologías asociadas que sufrían disfagia.</p>	<p>enfermería en el tratamiento de la disfagia orofaríngea en pacientes mayores por medio de la intervención mínima masiva.</p>	<p>líquidos y texturas, la complementación nutricional y la higiene bucal.</p> <p>La modificación de la consistencia de alimentos sólidos y líquidos es la principal técnica compensatoria para garantizar la seguridad en pacientes con disfagia orofaríngea.</p> <p>La higiene bucal adecuada después de las comidas es fundamental para evitar el riesgo de neumonías por broncoaspiración.</p> <p>Se requiere la intervención de un equipo interdisciplinar de profesionales de la salud para prevenir y/o solucionar adecuadamente las complicaciones asociadas a la disfagia orofaríngea.</p>	<p>herramienta CONSORT 2010.</p>
--	---	---	----------------------------------

8.2 Anexo II. Tabla de análisis de la lectura crítica para la evaluación de Revisiones Sistemáticas-CASPe.

	Shen Chen et al.	Estupiñán C et al.	Bernardes RA et al.	Sharon Wu X et al.	Baena M y Molina G.	Poveda CM y López AM.
Tema claramente definido	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Tipo de artículos adecuado	SI	SI	¿?	SI	SI	SI
Incluidos estudios importantes y pertinentes	SI	SI	SI	¿?	NO	¿?
Esfuerzo suficiente para valorar la calidad de los estudios incluidos	NO	NO	SI	NO	NO	SI
Resultado combinado razonable a partir de la mezcla de los resultados de los estudios	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Resultado global de la revisión	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Precisión de los resultados	NO	NO	NO	NO	NO	SI
Aplicación de los resultados en el medio	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Consideración de todos los resultados importantes para la toma de decisión	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Los beneficios merecen la pena frente a los perjuicios y costes	SI	SI	SI	SI	SI	SI
PUNTUACIÓN TOTAL	8	8	8	7	7	9

8.3 Anexo III. Gugging Swallowing Screen (GUSS).

GUSS (Gugging Swallowing Screen)

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

1. Investigación Preliminar / Prueba Indirecta de Deglución

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

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

<i>En el siguiente orden:</i>	1 → SEMISÓLIDO*	2 → LÍQUIDO**	3 → SÓLIDO***
DEGLUCIÓN:			
• Deglución no es posible	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
• Deglución retrasada (> 2 sg.) (texturas sólidas > 10 sg.)	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
• Deglución exitosa	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
TOS (involuntaria): (antes, durante y después de la deglución, hasta 3 minutos después)			
• Sí	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
• No	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
SIALORREA:			
• Sí	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
• No	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
CAMBIOS EN LA VOZ: (escuchar antes y después de la deglución. El paciente debiera decir /O/)			
• Sí	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
• No	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
TOTAL	(5)	(5)	(5)
	1 - 4 = Investigar más a fondo ¹	1 - 4 = Investigar más a fondo ¹	1 - 4 = Investigar más a fondo ¹
	5 = Continuar con Líquido	5 = Continuar con Sólido	5 = Normal
PUNTAJE TOTAL: (Prueba Indirecta y Directa de Deglución)	_____ (20)		
* Primero administrar, 1/3 y 1/2 de cucharadita de agua con espesante (consistencia como pudín). Si no hay síntomas dispensar 3 a 5 cucharaditas. Evaluar después de la 5ª cucharada.			
** 3, 5, 10, y 20 ml de agua en taza. Si no hay síntomas continuar con 50 ml de agua (Daniels et al. 2000; Cottlieb et al. 1996). Evaluar y parar cuando uno de los criterios aparezca.			
*** Clínico: Pan seco (repetir 5 veces); FEES: pan seco con colorante.			
¹ Utilizar estudios funcionales como Videofluoroscopia (VFES), Fibroscopia (FEES).			

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

Figura 2. Herramienta GUSS para el cribado de la disfagia.

8.4 Anexo IV. Eating Assessment Tool-10 (EAT-10)



EAT-10: Eating Assessment Tool Despistaje de la Disfagia

FECHA			
APELLIDOS	NOMBRE	SEXO	EDAD
OBJETIVO			
El EAT-10 le ayuda a conocer su dificultad para tragar. Puede ser importante que hable con su médico sobre las opciones de tratamiento para sus síntomas.			
A. INSTRUCCIONES			
Responda cada pregunta escribiendo en el recuadro el número de puntos. ¿Hasta que punto usted percibe los siguientes problemas?			
<p>1 Mi problema para tragar me ha llevado a perder peso</p> <p>0 = ningún problema 1 2 3 4 = es un problema serio</p> <input type="checkbox"/>	<p>6 Tragar es doloroso</p> <p>0 = ningún problema 1 2 3 4 = es un problema serio</p> <input type="checkbox"/>		
<p>2 Mi problema para tragar interfiere con mi capacidad para comer fuera de casa</p> <p>0 = ningún problema 1 2 3 4 = es un problema serio</p> <input type="checkbox"/>	<p>7 El placer de comer se ve afectado por mi problema para tragar</p> <p>0 = ningún problema 1 2 3 4 = es un problema serio</p> <input type="checkbox"/>		
<p>3 Tragar líquidos me supone un esfuerzo extra</p> <p>0 = ningún problema 1 2 3 4 = es un problema serio</p> <input type="checkbox"/>	<p>8 Cuando trago, la comida se pega en mi garganta</p> <p>0 = ningún problema 1 2 3 4 = es un problema serio</p> <input type="checkbox"/>		
<p>4 Tragar sólidos me supone un esfuerzo extra</p> <p>0 = ningún problema 1 2 3 4 = es un problema serio</p> <input type="checkbox"/>	<p>9 Toso cuando como</p> <p>0 = ningún problema 1 2 3 4 = es un problema serio</p> <input type="checkbox"/>		
<p>5 Tragar pastillas me supone un esfuerzo extra</p> <p>0 = ningún problema 1 2 3 4 = es un problema serio</p> <input type="checkbox"/>	<p>10 Tragar es estresante</p> <p>0 = ningún problema 1 2 3 4 = es un problema serio</p> <input type="checkbox"/>		
A. PUNTUACIÓN			
Sume el número de puntos y escriba la puntuación total en los recuadros. Puntuación total (máximo 40 puntos)			
<input type="text"/> <input type="text"/>			
C. QUÉ HACER AHORA			
Si la puntuación total que obtuvo es mayor o igual a 3, usted puede presentar problemas para tragar de manera eficaz y segura. Le recomendamos que comparta los resultados del EAT-10 con su médico.			
<small>Referencia: Belafsky et al. Validity and Reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10). Annals of Otolaryngology & Laryngology. 2008; 117 (12):919-24. Burgos R, et al. Traducción y validación de la versión en español de la escala EAT-10 para despistaje de la disfagia. Congreso Nacional SENPE 2011.</small>			

Figura 3. Herramienta EAT-10 para el cribado de la disfagia.