

Máster en Nutrición Geriátrica

TRABAJO FIN DE MÁSTER

Curso 2023-2024

Disfagia en el Adulto Mayor: Evaluación, intervención y oportunidades de mejora desde la perspectiva multidisciplinar

**AUTOR:
IGNACIO MUÑOZ LÓPEZ**

**TUTORA:
MARTA MARÍA RUIZ MAMBRILLA**

La mayor riqueza de una persona es su salud.

Virgilio

Contenido

ÍNDICE

ABREVIATURAS

RESUMEN-ABSTRACT

Introducción:	4
Objetivos:	4
Metodología:	4
Resultados:	4
Discusión:	4
Conclusiones:	4
1. Introducción	1
Justificación de la revisión	8
2. Objetivos de la revisión	10
3. Metodología	11
Criterios de inclusión y exclusión para los estudios	11
Bases de datos utilizadas	12
Palabras clave	12
Período de tiempo	12
4. Resultados	13
Descripción general de los estudios seleccionados	16
5. Discusión	22
6. Conclusiones	25
7. Bibliografía	25

ABREVIATURAS

BEDQ (Cuestionario Breve de Disfagia Esofágica)
EEsAI (Índice de actividad de la esofagitis eosinofílica)

MNA-SF (herramienta de cribado que ayuda a identificar a ancianos desnutridos o en riesgo de desnutrición.) (Mini-Nutritional Assessment short-form)

DOSS (escala de severidad de disfagia)

BBDST-R (prueba breve de cribado de disfagia a pie de cama)

FAST (Functional Assessment Staging Test) es una herramienta que se utiliza principalmente para evaluar la progresión de la enfermedad de Alzheimer.

IMC (Índice de Masa Corporal)

EAT-10 (es una escala de autoevaluación analógica verbal, unidimensional y de puntuación directa para evaluar síntomas específicos de disfagia)

MECV-V (Test de Volumen Viscosidad)

VFS (Videofluoroscopia)

EFO (Endoscopia con fibra óptica)

RESUMEN

Introducción:

La disfagia, o dificultad para tragar, es un problema de salud prevalente en los adultos mayores, que puede tener graves consecuencias para la salud y la calidad de vida, como la desnutrición, la deshidratación y la neumonía por aspiración. Esta revisión narrativa examina el papel de los profesionales sanitarios, con especial atención al nutricionista, en el manejo de la disfagia en pacientes mayores de 60 años, además del tipo de disfagia más frecuente en estos pacientes y los métodos más prevalentes.

Objetivos:

El objetivo principal de esta revisión es examinar la literatura existente sobre el papel de los profesionales sanitarios, con especial atención al nutricionista, en el manejo de la disfagia en pacientes mayores de 60 años, junto con el tipo de disfagia más prevalente y el análisis de las pruebas diagnósticas utilizadas en esta población. Además, se buscará identificar áreas donde se necesite más investigación y mejorar las prácticas actuales.

Metodología:

Se realizó una búsqueda bibliográfica en PubMed utilizando palabras clave relevantes. Los estudios incluidos se centraron en el papel de los profesionales sanitarios en el manejo de la disfagia y en las pruebas diagnósticas en pacientes mayores de 60 años, publicados en español o inglés en los últimos 20 años.

Resultados:

Los resultados destacan la importancia de un enfoque multidisciplinario en el que participan médicos, enfermeros, logopedas y nutricionistas. El papel del nutricionista es fundamental en la prevención de la desnutrición y la deshidratación, mediante la adaptación de la dieta y la educación nutricional. La evaluación de la disfagia requiere un enfoque multidimensional que combine pruebas clínicas con cuestionarios y escalas validadas. Su manejo también requiere un enfoque multidisciplinario. Esta afectación en pacientes ancianos se asocia a diversas complicaciones, como la desnutrición, la deshidratación y el riesgo de neumonía por aspiración. La evaluación de la disfagia se realiza mediante un enfoque multidimensional que combina pruebas clínicas, cuestionarios y escalas validadas, y en algunos casos, pruebas instrumentales como la videofluoroscopia y la endoscopia.

Discusión:

Los estudios revisados confirman que la disfagia es un problema común en personas mayores, especialmente en aquellos hospitalizados o con enfermedades crónicas. La evaluación y el tratamiento de la disfagia deben ser individualizados y considerar una variedad de factores.

Conclusiones:

La disfagia es un problema común en adultos mayores que afecta su salud y calidad de vida. Para abordarla de manera eficaz, es necesario un equipo

multidisciplinario que incluya a varios profesionales de la salud. Detectar la disfagia a tiempo, evaluarla en detalle y brindar un tratamiento personalizado son fundamentales para evitar complicaciones y mejorar la salud de los pacientes. Además, se requiere más investigación para entender mejor este problema, desarrollar mejores herramientas de diagnóstico y optimizar los tratamientos, especialmente en el área de la nutrición.

ABSTRACT

Introduction:

Dysphagia, or difficulty swallowing, is a prevalent health problem in older adults, which can have serious consequences for health and quality of life, such as malnutrition, dehydration, and aspiration pneumonia. This narrative review examines the role of healthcare professionals, with special attention to the nutritionist, in the management of dysphagia in patients over 60 years of age, in addition to the most common type of dysphagia in these patients and the most prevalent methods.

Objectives:

The main objective of this review is to examine the existing literature on the role of healthcare professionals, with special attention to the nutritionist, in the management of dysphagia in patients over 60 years of age, along with the most prevalent type of dysphagia and analysis of the diagnostic tests used in this population. In addition, we will seek to identify areas where further research is needed and to improve current practices.

Methodology:

A literature search was conducted in PubMed using relevant keywords. Included studies focused on the role of healthcare professionals in the management of dysphagia and diagnostic testing in patients over 60 years of age, published in Spanish or English in the last 20 years.

Results:

The results highlight the importance of a multidisciplinary approach involving doctors, nurses, speech therapists and nutritionists. The role of the nutritionist is fundamental in the prevention of malnutrition and dehydration, through diet adaptation and nutritional education. The assessment of dysphagia requires a multidimensional approach that combines clinical tests with validated questionnaires and scales. Its management also requires a multidisciplinary approach. This condition in elderly patients is associated with various complications, such as malnutrition, dehydration, and the risk of aspiration pneumonia. The evaluation of dysphagia is carried out using a multidimensional

approach that combines clinical tests, questionnaires and validated scales, and in some cases, instrumental tests such as videofluoroscopy and endoscopy.

Discussion:

The studies reviewed confirm that dysphagia is a common problem in older people, especially in those hospitalized or with chronic diseases. Evaluation and treatment of dysphagia should be individualized and consider a variety of factors.

Conclusion:

Dysphagia is a common problem in older adults that affects their health and quality of life. To address it effectively, a multidisciplinary team that includes several health professionals is necessary. Detecting dysphagia early, evaluating it in detail and providing personalized treatment are essential to avoid complications and improve the health of patients. Additionally, more research is required to better understand this problem, develop better diagnostic tools, and optimize treatments, especially in the area of nutrition.

1. Introducción

La deglución es un proceso de vital importancia, ya que nos permite consumir alimentos y líquidos de manera segura y eficaz. Este acto, que a menudo damos por hecho, en realidad es un proceso complejo en el que se involucran una serie de estructuras y nervios en nuestro organismo.

Según Marmouset F et al⁽¹⁾ la deglución es el paso de los alimentos desde la cavidad bucal hasta el estómago, lo que permite la alimentación del organismo al asegurar la protección de las vías respiratorias. Es la función motora más elaborada del ser humano, porque requiere la coordinación secuencial de activaciones y de inhibiciones de 25 pares de músculos de la boca, la faringe, la laringe y el esófago.

La deglución normal, es decir, aquella que no presenta ninguna patología, es un acto reflejo, en el que al tragar se impulsan los alimentos desde la boca (inicio del proceso) hasta el estómago (final del proceso) a través del esófago, siguiendo una serie de acciones muy concretas y coordinadas entre sí. Aunque el inicio de la deglución es un acto voluntario, cuando los alimentos ingeridos o el líquido alcanzan la faringe y se desencadena el reflejo disparador deglutorio, se convierte en un acto involuntario.

El centro de control de la deglución, como dice Canham M⁽²⁾ se encuentra ubicado en el bulbo raquídeo y la protuberancia, este coordina los impulsos sensoriales y los componentes motores del reflejo. Los nervios craneales trigémino (V), glosofaríngeo (IX), vago (X) e hipogloso (XII) generan los impulsos motores necesarios para las fases oral y faríngea de la deglución. El nervio vago es responsable de los impulsos para la fase esofágica. Las enfermedades que afectan a estas áreas del cerebro o a los nervios craneales pueden comprometer la coordinación necesaria para tragar. Los pacientes afectados pueden enfrentarse a riesgos como la aspiración o serias dificultades respiratorias.

La disfagia es una condición que dificulta o impide la deglución normal. Según Pedro Pinheiro⁽³⁾ esta alteración puede manifestarse como dificultad para iniciar la deglución, sensación de obstrucción en la garganta o el pecho, tos o atragantamiento al comer o beber, y regurgitación de alimentos. Esta dificultad del paso de los alimentos sólidos o líquidos de la boca al estómago puede resultar por alteración de las diferentes etapas de la deglución.

Disfagia es un término que en medicina se refiere a la dificultad para tragar. Es un problema que puede ser experimentado durante las diferentes etapas del proceso de la deglución y según en qué etapa aparezca, se clasifica normalmente en dos tipos: disfagia orofaríngea y disfagia esofágica.

En la fase oral de la deglución puede haber problemas en el inicio de la misma, en la preparación del bolo alimenticio por una masticación ineficiente, falta de salivación o debilidad muscular.

Durante la fase faríngea, la dificultad para impulsar el bolo alimenticio hacia el esófago puede deberse a diferentes factores como la debilidad muscular, alteraciones neurológicas o problemas estructurales.

Y la fase esofágica, se puede alterar por estenosis en el esófago que impide el paso del bolo alimenticio hasta el estómago, o tumores y/o trastornos de la motilidad que impiden el paso del bolo de una manera correcta y eficiente entre otras causas.

Son varias las manifestaciones clínicas que se pueden presentar en la disfagia, como, por ejemplo: dolor al tragar (odinofagia), sensación de obstrucción del bolo alimenticio en la garganta o el pecho, tos o atragantamiento al comer o beber los diferentes alimentos, regurgitación de los alimentos o líquidos, babeo o voz húmeda después de tragar, entre otros.

Existen múltiples causas implicadas en la aparición de la disfagia, diferentes afecciones neurológicas, como ictus, enfermedad de Parkinson, demencia, esclerosis múltiple y lesiones cerebrales traumáticas entre otras. Además, otras patologías, como los tumores en la cabeza y el cuello, así como el cáncer de esófago, también pueden provocar disfagia.

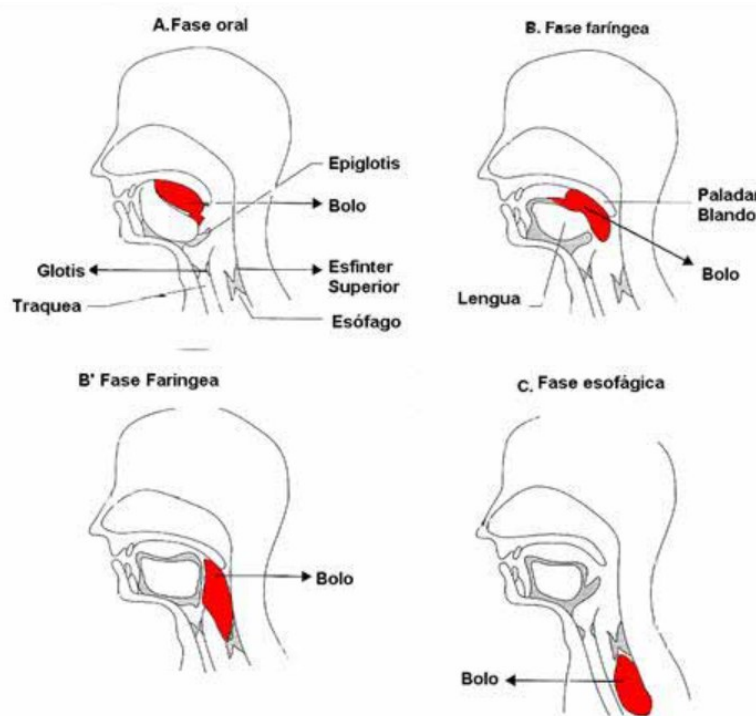


Imagen 1: Fases de la deglución (de izquierda a derecha y de arriba abajo, fase oral, fase faríngea, fase faríngea y fase esofágica. Imagen tomada de <https://jemimat-ib.blogspot.com/2011/05/area-de-deglucion.html>

Ricote M et al⁴ refiere que la prevalencia de la disfagia es alta, afectando a 1 de cada 4 ancianos no institucionalizados y a 4 de cada 5 ancianos institucionalizados. A pesar de su prevalencia, está actualmente

infradiagnosticada. Se estima que afecta a dos millones de españoles, de los cuales solo un 10 % está correctamente diagnosticado y tratado.

La **disfagia orofaríngea**, que afecta las etapas oral y faríngea de la deglución, puede comprometer la seguridad y eficacia del proceso de tragar los alimentos. Se ve alterada la coordinación entre los músculos y nervios que controlan la deglución, pudiendo ocasionar la penetración de alimentos o líquidos en la vía respiratoria. Estas aspiraciones por repetición pueden causar neumonías agudas o neumonías de repetición y, a largo plazo, las aspiraciones repetidas, aunque sea incluso de pequeñas cantidades, puede causar una inflamación crónica en los pulmones, lo que puede llevar al desarrollo de una enfermedad pulmonar crónica, como la neumonitis por aspiración.

Este tipo de disfagia puede producirse por diversas causas, tanto a nivel neurológico como estructural. Las causas neurológicas incluyen ictus, enfermedades neurodegenerativas como Parkinson, Alzheimer y ELA, traumatismos craneoencefálicos o tumores cerebrales. Estas afecciones pueden dañar ciertas áreas del cerebro, las cuales son responsables del proceso deglutorio. También pueden afectar los nervios y músculos involucrados en el proceso. Las causas estructurales incluyen diferentes tipos de cánceres, como el de cabeza y cuello, estenosis faríngea, radioterapia y cirugía de cabeza y cuello, entre otras.

Por otro lado, la **disfagia esofágica**, la cual se refiere a los problemas en el paso del bolo alimenticio desde el esfínter esofágico superior hasta el estómago a través del esófago, puede tener un impacto significativo en la salud y en la calidad de vida de las personas adultas mayores. Puede dificultar la ingesta de alimentos y líquidos de forma segura y eficaz, lo que nos puede llevar a una nutrición insuficiente (desnutrición), deshidratación y pérdida de peso involuntaria. También puede aumentar el riesgo de broncoaspiración, que ocurre cuando los alimentos o líquidos ingresan a las vías respiratorias en lugar del esófago. La broncoaspiración como dice el estudio de M.D. Sundhya et al⁽⁶⁾ puede provocar infecciones pulmonares, como la neumonía, que pueden ser especialmente graves en personas mayores con sistemas inmunológicos debilitados.

Como se ha comentado anteriormente, la disfagia es una alteración en la deglución que afecta a un número significativo de personas mayores de 60 años, pudiendo tener graves consecuencias para la salud, entre las que se incluyen la desnutrición y deshidratación. Según Fajardo A et al⁽⁷⁾ es una patología con alta prevalencia, pero a pesar de ello, a menudo se infradiagnostica y no se trata adecuadamente. Esto puede deberse a una falta de conciencia sobre la condición, tanto por parte de los pacientes como por parte de los profesionales sanitarios. Además, puede ser compleja de manejar, ya que puede ser causada por una variedad de condiciones subyacentes y puede requerir un enfoque multidisciplinario para su tratamiento.

Dada la complejidad de la disfagia, su tratamiento requiere un **enfoque multidisciplinario**. Los profesionales de la salud, según el estudio de nutrición

adaptada ⁽⁸⁾ desempeñan un papel crucial en este proceso, desde el diagnóstico hasta el tratamiento y el seguimiento. Cada profesional aporta su experiencia única para ayudar a las personas con disfagia a manejar su deglución y mejorar su calidad de vida.

En la imagen 2 se representa el proceso de disfagia que ya hemos descrito con anterioridad.

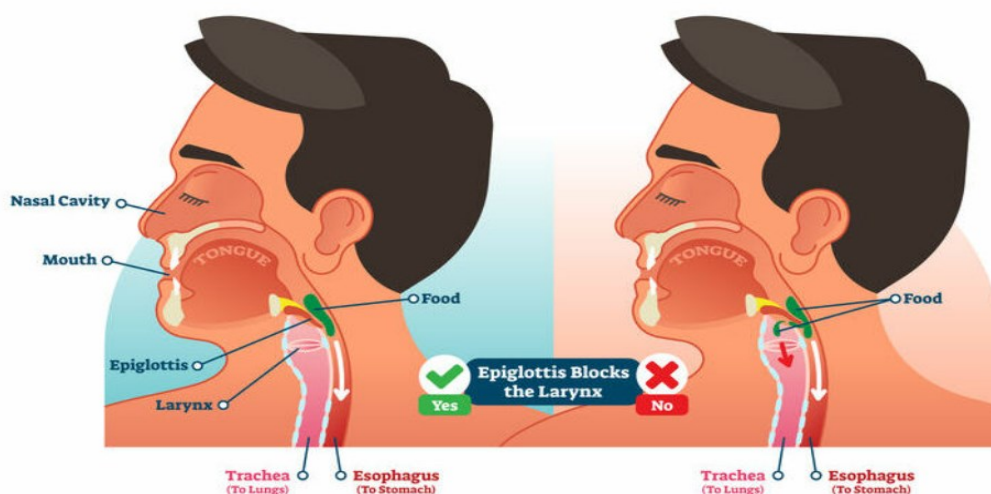


Imagen 2: Disfagia, (de izquierda a derecha), buen funcionamiento del cierre del epiglotis y mal funcionamiento de este con broncoaspiración. Imagen tomada de <https://www.semanarioextra.com.ar/que-es-la-disfagia-y-como-puede-afectar-en-la-nutricion/>

La **presbifagia**, es un proceso que afecta a la deglución y ocurre durante el envejecimiento. Podemos definirla como un conjunto de cambios que ocurren de manera fisiológica durante el proceso de la deglución asociados al envejecimiento. Estos cambios abarcan desde la disminución de la fuerza y/o coordinación muscular, hasta la ralentización del reflejo de la deglución. Pueden llevar a que las personas mayores sean más vulnerables a desarrollar dificultades para deglutir. Los síntomas pueden manifestarse como una mayor fracción de tiempo durante las ingestas, dificultad para masticar alimentos, necesidad de tragar varias veces para ingerir un solo bocado o sensación de que la comida se quede paralizada o detenida en la garganta.

La prebisfagia generalmente suele ser gradual y a menudo pasa desapercibido hasta que los síntomas se vuelven más severos y afectan a la salud y a la calidad de vida de las personas.

Este proceso según el artículo de Martín G⁽¹⁰⁾ puede ocultar la fisiología natural de la deglución y debilitar el reflejo deglutorio. Se estima que la presbifagia está presente entre el 10 y 33% de los adultos mayores sanos.

Las **estructuras anatómicas involucradas en las fases de la deglución**, que incluyen la fase preparatoria u oral, faríngea y esofágica, se ven, en cierta medida, **afectadas por el envejecimiento**.

En la **fase oral**, por ejemplo, la pérdida de piezas dentales, el desgaste dental y la enfermedad periodontal dificultan la masticación y formación del bolo alimenticio. También la disminución de la producción de saliva puede llegar a provocar sequedad en la boca, llegando a dificultar que el bolo alimenticio se lubrique correctamente. La debilidad y atrofia muscular y la reducción de la movilidad de la lengua pueden afectar a la manipulación del bolo alimenticio, retrasando el inicio del proceso de la deglución.

Durante la **fase faríngea**, la atrofia de los músculos faríngeos y la calcificación de los cartílagos pueden resultar en un reflejo deglutorio más lento, propulsión más ineficaz del bolo y cierre incompleto de la laringe, lo que aumenta el riesgo de broncoaspiración.

En la **fase esofágica**, la disminución de la motilidad y la relajación incompleta del esfínter esofágico superior pueden causar un tránsito lento del bolo y causar una sensación de comida detenida en la región precordial.

Es de vital importancia la detección precoz de estos trastornos ya que en la mitad de los ancianos que residen en las residencias se encuentran problemas en la deglución. Algunos de los **síntomas** con los que nos podemos encontrar en las personas adultas mayores que padecen presbifagia pueden ser: negación ante la ingesta de alimentos o bebida, miedo o fobia a algunos alimentos, pérdida de peso, aumento del tiempo de ingestas, tos frecuente o carraspeo durante la deglución, atragantamientos frecuentes ya sea con sólidos o con líquidos, alteraciones vocales después o durante la deglución y salida de la comida intraoral.

La **prevalencia** de la presbifagia es alta, según Barrón-Pavón V⁽¹⁾ afecta a 1 de cada 4 ancianos no institucionalizados y a 4 de cada 5 ancianos institucionalizados. A pesar de su prevalencia, está actualmente infradiagnosticada. Se estima que afecta a dos millones de españoles, de los cuales solo un 10 % está correctamente diagnosticado y tratado.

Los **profesionales sanitarios** desempeñan un papel crucial en el cribado, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes con dificultad en la deglución. Esto incluye a médicos, enfermeras, logopedas y nutricionistas. Sin embargo, la importancia del nutricionista en este proceso a menudo se pasa por alto. Los nutricionistas pueden desempeñar un papel vital en el manejo de la disfagia, ya que pueden ayudar a los pacientes a modificar su dieta para facilitar la deglución, al tiempo que garantizan que siguen recibiendo una nutrición adecuada.

La importancia en su manejo tiene un gran componente multidisciplinar, en el que diferentes profesionales sanitarios tienen un papel importante.

Los médicos diagnostican, los enfermeros brindan cuidados continuos, los logopedas mejoran la seguridad alimentaria y los nutricionistas aseguran una nutrición adecuada. Todos trabajan de forma conjunta para mejorar la calidad de vida del paciente.

Los **médicos especialistas** son una pieza fundamental en la identificación temprana en su diagnóstico. Estos son los encargados de reconocer los síntomas, realizar exploraciones físicas y solicitar pruebas diagnósticas pertinentes. Además, son los encargados de elaborar un plan de tratamiento integral en el que se puede incluir medicamentos, terapias y cambios en la dieta.

Los **enfermeros** cuidan a los pacientes con disfagia, supervisando su estado nutricional y adaptando cada una de sus ingestas para reducir el riesgo de aspiración. También son responsables de educar a los pacientes y a sus familias sobre cómo manejar la disfagia en casa.

Los **logopedas** son esenciales en el manejo de esta alteración. Realizan evaluaciones clínicas, rehabilitación y enseñanza de técnicas para estimular la musculatura orofacial. Su labor ayuda a evitar a los pacientes algunas de las complicaciones más temidas, como son la aspiración y penetración del alimento ingerido, mejorando así su seguridad durante la alimentación.

Los **nutricionistas** también tienen un papel fundamental en su manejo. Se encargan de garantizar una nutrición e hidratación adecuadas para estos pacientes, realizando adaptaciones en la textura de los alimentos y líquidos para evitar atragantamientos y broncoaspiraciones ocasionados por estos. También proporcionan educación nutricional a los pacientes y sus familias.

Los profesionales de la salud, desempeñan un papel crucial en este proceso, desde el diagnóstico hasta el tratamiento y el seguimiento. Cada profesional aporta su experiencia única para ayudar a las personas con disfagia a manejar su condición y mejorar su calidad de vida.

Para la realización de una evaluación exhaustiva sobre la disfagia, se requiere de una combinación de **pruebas, métodos de cribado y evaluaciones específicas** para identificar tempranamente a aquellos pacientes que podrían presentarla, y para ello se emplean diversas pruebas como:

Pruebas de cribado:

- **Prueba de deglución de agua:** esta prueba simple y rápida consiste en observar al paciente mientras bebe agua para detectar signos de tos, atragantamiento o cambios en la voz, que podrían indicar disfagia.
- **Test de cribado EAT-10:** cuestionario de 10 preguntas que evalúa la presencia y gravedad de los síntomas de disfagia, como dificultad para tragar diferentes tipos de alimentos y líquidos o dolor al tragar.
- **Prueba breve de cribado de disfagia a pie de cama (BBDST-R):** esta herramienta de cribado rápida y sencilla puede ser utilizada por el

personal de enfermería para identificar pacientes que requieren una evaluación más detallada de la deglución.

- **Pregunta dicotómica** sobre el poder tragar: esta simple pregunta ("¿Tiene usted dificultad para tragar?") puede ser un primer paso para identificar pacientes que podrían padecer disfagia.

Evaluación clínica de la deglución:

- **Prueba de deglución de volumen-viscosidad (MECV-V):** evalúa la capacidad del paciente para tragar de manera segura y eficiente, utiliza diferentes volúmenes y viscosidades de líquidos para identificar las consistencias que el paciente puede tolerar de manera segura, desde agua hasta néctar y pudín.
- **Test de Agua DePippo:** evalúa la seguridad de la deglución de agua en diferentes posiciones y volúmenes.

Pruebas instrumentales:

- **Videofluoroscopia** (estudio de deglución con bario modificado): utiliza rayos X en tiempo real para visualizar la anatomía y fisiología de la deglución.
- **Endoscopia de fibra óptica de la deglución (FEES):** utiliza un endoscopio flexible con una cámara para visualizar directamente la garganta y la laringe antes y después de tragar.
- **Manometría esofágica de alta resolución:** mide la presión y la coordinación de los músculos del esófago durante la deglución.

Evaluaciones complementarias:

- **Oximetría de pulso:** prueba no invasiva que mide la saturación de oxígeno en la sangre, lo que puede ayudar a detectar episodios de aspiración silenciosa.

Evaluación nutricional:

Herramientas como el **Mini Nutritional Assessment (MNA)** y la evaluación de la desnutrición con parámetros de IMC y pérdida de peso se utilizan para evaluar el estado nutricional del paciente.

Evaluación cognitiva:

En pacientes con deterioro cognitivo, se utilizan pruebas como la **Escala de Pfeiffer** y el **Functional Assessment Staging Test (FAST)** para evaluar su capacidad para comprender y seguir instrucciones durante las pruebas de deglución.

Cuestionarios de calidad de vida:

Herramientas como el **SWAL-QOL** y el **EAT-10** evalúan cómo la disfagia afecta la calidad de vida del paciente.

Otras pruebas:

- **Endoscopia con fibra óptica (EFO):** visualiza directamente el tracto digestivo superior para detectar anomalías estructurales que puedan estar causando disfagia.
- **Standardized Swallowing Assessment:** evaluación clínica que estructurada proporciona una evaluación completa y objetiva de la función deglutoria.

La elección de las pruebas adecuadas dependerá de las características individuales del paciente. Las herramientas utilizadas, desde simples cuestionarios hasta evaluaciones más precisas, permiten detectar posibles dificultades en la deglución y guiar hacia evaluaciones más específicas si es necesario.

Consideramos que esta revisión, en particular, es relevante en el contexto actual, ya que la población mundial está envejeciendo rápidamente.

Según las proyecciones de las Naciones Unidas, el número de personas mayores de 60 años se duplicará para 2050. Esto significa que las condiciones que afectan a las personas mayores, como la disfagia, serán cada vez más comunes. Por lo tanto, es crucial que los profesionales sanitarios estén bien equipados para manejar esta patología.

En resumen, esta revisión tiene como objetivo destacar la importancia de un enfoque multidisciplinario en el manejo de la disfagia en pacientes mayores de 60 años, poniendo el foco en el papel que puede tener el nutricionista en esta patología.

Justificación de la revisión

La justificación de esta revisión se basa en que, en la actualidad existe la creciente necesidad sobre el abordaje de la disfagia, ya que es una condición médica que afecta a un número significativo de personas, sobre todo a personas mayores de 60 años. Esta patología, se caracteriza por la dificultad para deglutir, y puede tener graves consecuencias para la salud de los individuos que estén afectados por ella, entre los que se incluyen la desnutrición, deshidratación y otras patologías.

El objetivo de esta revisión narrativa es resaltar los profesionales sanitarios que intervienen en la valoración y tratamiento de la prebifagia y que sean ellos quienes den la debida importancia al conocimiento de la información, a la actualización y a su manejo. Esto incluye la identificación de los síntomas, las diferentes causas que pueden ocasionarla y como realizar un abordaje que sea más efectivo para su tratamiento.

Además, esta revisión busca determinar qué tipo de disfagia es más prevalente en personas mayores de 60 años, ya sea disfagia orofaríngea o esofágica.

Asimismo, se analizarán los métodos de exploración más utilizados a esta edad por los diferentes profesionales sanitarios para diagnosticar y evaluar la disfagia, como pruebas clínicas, cuestionarios, escalas y pruebas instrumentales.

Se identificarán áreas de mejora para futuras investigaciones sobre la disfagia en personas mayores, sobre la evolución de la enfermedad, la efectividad de los tratamientos, herramientas de diagnóstico y el papel de la nutrición en su manejo.

Esta revisión también examina el papel específico que tiene el nutricionista en el manejo de esta patología. Los nutricionistas pueden desempeñar un papel crucial en la prevención de la desnutrición y la deshidratación en los individuos con disfagia, mediante la modificación de la dieta para facilitar la deglución y garantizar una nutrición lo más adecuada y equilibrada posible, intentando cumplir con los requerimientos necesarios para mantener un estado de salud óptimo. Además, los nutricionistas pueden trabajar en conjunto con otros profesionales sanitarios para desarrollar un plan de tratamiento integral para la disfagia.

Finalmente, es importante ser consciente de que su manejo requiere de un enfoque multidisciplinar. Esto significa que varios profesionales sanitarios, incluyendo médicos, enfermeras, logopedas y nutricionistas, deben trabajar juntos para proporcionar un cuidado multidisciplinar a estas personas. Al reconocer la importancia de este enfoque integral, esperamos mejorar la calidad del cuidado para los individuos con disfagia.

2. Objetivos de la revisión

- **Objetivo principal** de esta revisión es examinar minuciosamente la literatura para hacer un estudio exhaustivo sobre la disfagia en el adulto mayor.
- **Objetivos específicos:**
 - Examinar la literatura existente sobre el papel de los profesionales sanitarios, con especial atención al nutricionista, en el manejo de la disfagia en pacientes mayores de 60 años.
 - Analizar el tipo de disfagia más prevalente en esta etapa de la vida.
 - Analizar los métodos de exploración más frecuentemente utilizados en la población mayor de 60 años.
 - Identificar áreas donde se necesite más investigación y mejorar las prácticas actuales.

3. Metodología

Criterios de inclusión y exclusión para los estudios

Los estudios incluidos en esta revisión han sido aquellos que se han centrado, por un lado, en el papel de los profesionales sanitarios, entre los que se incluyen a los nutricionistas, en el manejo de la disfagia en pacientes mayores de 60 años. También se han incluido estudios centrados en el tipo de disfagia más prevalente en sujetos mayores de 60 años, considerando el sexo del sujeto y además los que incluyan los métodos de exploración para esta patología y en esta población. Los estudios deben ser en español o inglés y publicados en los últimos 20 años. Se excluyen los estudios que no se centren en la disfagia o que no incluyan a pacientes mayores de 60 años. Además, se excluirán los estudios que no proporcionen suficiente información sobre las intervenciones utilizadas o los resultados obtenidos.

Por tanto, en la selección de los artículos se han seguido los siguientes criterios de inclusión / exclusión:

Criterios de inclusión:

- Enfoque: Estudios centrados en el papel de los profesionales sanitarios (incluyendo nutricionistas) en el manejo de la disfagia.
- Artículos científicos con información descriptiva y teórica.
- Población: Pacientes mayores de 60 años.
- Idioma: Estudios publicados en español o inglés.
- Fecha de publicación: Estudios publicados en los últimos 20 años.

Criterios de exclusión:

- Enfoque: Estudios que no se centren en la disfagia.
- Estudios centrados en la familia, cuidadores, entorno y no en los profesionales sanitarios.
- Publicaciones de carácter periodístico o fundamentadas en noticias de prensa.
- Estudios que no proporcionen suficiente información sobre las intervenciones utilizadas o los resultados obtenidos.
- Estudios publicados como tesis o trabajos fin de grado.

En la figura 1 se representa un diagrama de flujo con los criterios de inclusión y exclusión utilizados sobre los estudios seleccionados durante la revisión narrativa.

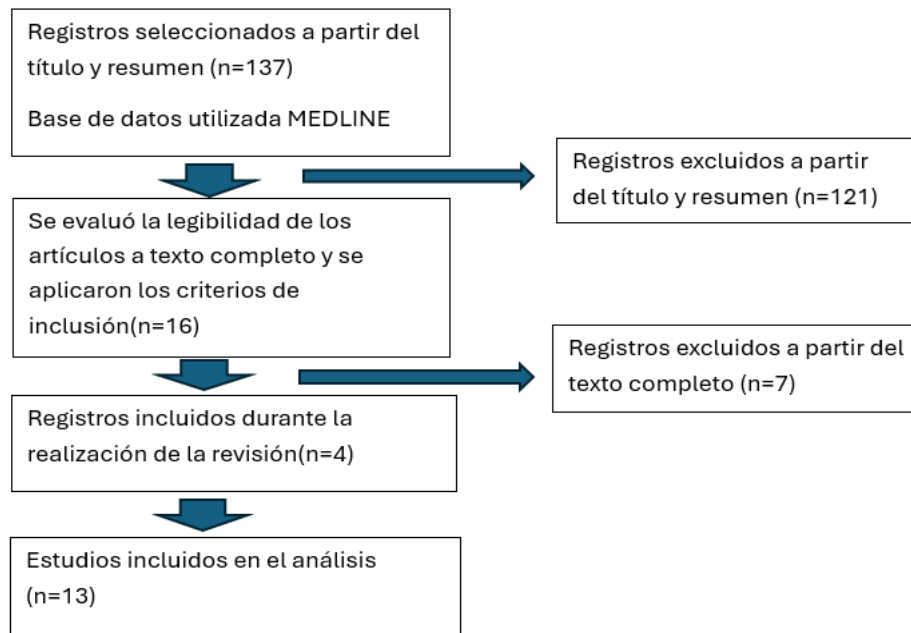


Figura 1: Diagrama de flujo que representa los artículos seleccionados en la revisión narrativa con los criterios de inclusión y exclusión.

Bases de datos utilizadas

Se realizó una exhaustiva búsqueda en la base de datos PubMed.

Palabras clave

Las palabras clave utilizadas en la búsqueda incluirán “disfagia”, “mayores de 60 años”, “profesionales sanitarios”, “nutricionista”, “cribado”, “diagnóstico”, “tratamiento” y “seguimiento”. Estas palabras clave se utilizarán en combinación con operadores booleanos para maximizar la relevancia de los resultados de la búsqueda.

Período de tiempo

Se incluirán estudios publicados en los últimos 20 años para garantizar la relevancia y actualidad de los hallazgos. Este período de tiempo también permitirá una visión completa de las tendencias actuales en el manejo de la disfagia en pacientes mayores de 60 años.

4. Resultados

Después de analizar la literatura seleccionada para esta revisión, se ha elaborado una tabla de resultados (*Tabla 1. Resultados*). Los encabezados de las columnas de esta tabla se eligieron en función de los objetivos previamente establecidos.

Se ha dividido la tabla en diferentes columnas en las que se recoge la siguiente información:

- Autor del artículo, país y año de su publicación.
- Número de la muestra de participantes, su rango de edad.
- Tipo de estudios realizados.
- Disfagia más prevalente y síntomas asociados.
- Herramientas y test utilizados.
- Profesionales sanitarios implicados en el estudio.

Tabla 1. Resultados.

AUTOR/AÑO/PAÍS	EDAD AÑOS	N	TIPO ESTUDIOS	DISFAGIA MÁS PREVALENTE SINTOMAS ASOCIADOS	HERRAMIENTAS/ TEST UTILIZADOS	PROFESIONALES SANITARIOS IMPLICADOS
Ambiado-Lella y Borjas Gavis(25) (2023) España			Artículo de revisión	Prebifagia	No se mencionan herramientas específicas en este estudio, pero se discute la evaluación y el manejo de la presbifagia, lo que implica el uso de diversas herramientas clínicas y evaluaciones.	Logopedas: -Realizar la revisión de la literatura y el análisis sobre la presbifagia. -Participar en el manejo de la presbifagia en un enfoque intermultidisciplinar.
Barrón-Pavón et al (24) (2023) Chile			Estudio descriptivo	-Orofaringea -Esofágica	Cuestionario EAT-10 (para detectar presbifagia). Test MECV-V (Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad, para diagnosticar disfagia).	Nutricionistas: -Evaluar la ingesta alimentaria y el estado nutricional de los adultos mayores. Logopedas: -Diagnosticar la disfagia mediante la aplicación del test Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad (MECV-V).
Mariya Canham (18) (2017)	>65	33	Estudio descriptivo trasversal	Orofaringea		Médicos: -No se especifica. Enfermeros: -Supervisar el estado nutricional de los pacientes. -Adaptar las ingestas para reducir el riesgo de aspiración. -Educar a pacientes y familias sobre el manejo de la disfagia.

Tabla 1. Resultados. (Continuación)

AUTOR/AÑO/PAIS	EDAD AÑOS	N	TIPO ESTUDIOS	DISFAGIA MÁS PREVALENTE SINTOMAS ASOCIADOS	HERRAMIENTAS/TEST UTILIZADOS	PROFESIONALES SANITARIOS IMPLICADOS
<i>Sophia Demeneopoulou et al (2023)</i> Grecia	>80	80	Estudio transversal	Orofaringea	-BBDST-R es una herramienta de cribado, -Prueba volumen /viscosidad	Médicos: -Diagnosticar las enfermedades neurológicas de los pacientes. -Evaluar la necesidad de realizar una prueba de cribado de disfagia. Enfermeros: -Administrar la prueba breve de cribado de disfagia a pie de cama (BBDST-R). Logopedas: -Realizar la evaluación de la deglución mediante la prueba de volumen/viscosidad.
<i>Doris Eglseer et al (2019)</i> Austria, Suiza y Holanda	>65	3.174	Estudio transversal	-Orofaringea -Esofágica -Desnutrición en pacientes hospitalizados.	-Escala alemana de dependencia de cuidados, para disfagia -Pregunta dicotómica sobre el poder tragar -Desnutrición con parámetros de IMC y pérdida de peso	Médicos: -Diagnosticar la disfagia. -Evaluar el estado de salud general, incluyendo comorbilidades y estado funcional. Enfermeros: -Participar en la detección de la disfagia a través de la observación clínica y la aplicación de escalas. Nutricionistas: -Evaluar el estado nutricional de los pacientes. -Diseñar e implementar intervenciones nutricionales individualizadas.
<i>María Isabel Ferrero et al (2022)</i> España	>75	40	Intervención longitudinal y prospectivo	-Orofaringea -Esofágica	-Índice de Barthel -Escala de Pfliffer -Escala de FAST -MNA-SF	Médicos: Diagnosticar la disfagia. .Evaluar el estado de salud general, incluyendo comorbilidades y estado funcional. Enfermeros: Participar en la detección de la disfagia a través de la observación clínica y escalas. Colaborar en la administración de tratamientos y educación de pacientes y cuidadores. Logopedas: Realizar evaluaciones específicas de la deglución y diseñar programas rehabilitación. -Diseñar e implementar programas rehabilitación.

Tabla 1. Resultados. Continuación

AUTOR/AÑO/PAÍS	EDAD AÑOS	N	TIPO ESTUDIOS	DISFAGIA MÁS PREVALENTE SINTOMAS ASOCIADOS	HERRAMIENTAS/TEST UTILIZADOS	PROFESIONALES SANITARIOS IMPLICADOS
<i>Eleonora Gressi et al (15) (2021) Italia</i>	>70	1.040	<i>Cohorte retrospectiva</i>	<i>Orofaringea</i>	<i>Prueba de volumen /viscosidad -Escala de severidad de disfagia (DOSS)</i>	<i>Médicos: Diagnosticar la disfagia. Evaluar el estado de salud general, incluyendo comorbilidades y estado funcional. Enfermeros: -Participar en la detección de la disfagia a través de la observación clínica y la aplicación de escalas. Logopedas: -Evaluar la función de deglución y proporcionar terapia individualizada (en menor medida que médicos y enfermeros).</i>
<i>F. Hinojosa-Fuentes et al (22) (2021) España</i>	74	1	<i>Evaluación clínica</i>	<i>Esofágica</i>	<i>Prueba de deglución de agua, consistente en beber 150 ml de agua de un vaso, lo más rápido posible</i>	<i>Médicos de familia: -Evaluación y diagnóstico de la disfagia en Atención Primaria. -Utilizar la historia clínica y la prueba de deglución de agua para determinar el tipo de disfagia. -Decidir si es necesaria una derivación a un especialista. Enfermeros: -Colaborar en la atención al paciente y en la recopilación de datos para la historia clínica.</i>
<i>Nicolas Le et al (13) (2023) Internacional</i>	>60		<i>Evaluación clínica</i>	<i>-Orofaringea -Esofágica -Dificultad para tragar alimentos sólidos o líquidos, dolor al tragar (odinofagia) o regurgitación.</i>	<i>-Cuestionario Breve de Disfagia Esofágica (BEDQ) y la Puntuación de Eckardt</i>	<i>Médicos: -Diagnosticar la disfagia esofágica. -Evaluar comorbilidades. -Prescribir tratamiento. Enfermeros: -Atención y monitorización de pacientes. Logopedas: -Evaluación y rehabilitación de la deglución.</i>

Tabla 1. Resultados. (Continuación)

AUTOR/AÑO/PAÍS	EDAD AÑOS	N	TIPO ESTUDIOS	DISFAGIA MÁS PREVALENTE SINTOMAS ASOCIADOS	HERRAMIENTAS/TEST UTILIZADOS	PROFESIONALES SANITARIOS IMPLICADOS
Steven Leder et al (21) (2009) Estados Unidos	/>60	4.038	Estudios prospectivos	-Orofaringea -Esofágica	Endoscopia con fibra óptica	Médicos: -Diagnosticar la disfagia utilizando endoscopia con fibra óptica. -Evaluar la presencia de aspiración y determinar la gravedad de la disfagia. -Gestionar las complicaciones médicas asociadas. Enfermeros: -Monitorizar a los pacientes con disfagia. -Proporcionar cuidados de apoyo y administrar tratamientos. -Participar en la detección de la disfagia a través de la observación clínica. Nutricionistas: -Evaluar el estado nutricional de los pacientes. -Diseñar planes de nutrición individualizados.
Renata Mancopes et al (17) (2021) Canadá	>60	38	Estudio obsevacional	Orofaringea	-Videofluoroscopia(3 bolos de bario+sulfato de bario))	Médicos: -Seleccionar a los participantes. -Elaborar recomendaciones clínicas basadas en los resultados de la videofluoroscopia. Logopedas: -Evaluar la función deglutoria de los participantes. -Analizar los resultados de la videofluoroscopia. -Proporcionar recomendaciones sobre estrategias de compensación o rehabilitación. Nutricionistas: -Evaluar el estado nutricional de los participantes (inferido). -Asegurar una dieta adecuada (inferido).
A.Martinez Forte et al (23) (2023) España	>75	79	Estudio descriptivo	Orofaringea	-Test de cribado EAT-10 - Standarized Swallowing Assessment - Test de Agua DePippo - Test volumen viscosidad MECV-V.	Médicos: -Realizar la evaluación inicial de los pacientes. -Utilizar el cuestionario EAT-10 y la valoración clínica para detectar posibles casos de disfagia orofaringea. Logopedas: -Realizar evaluaciones específicas de la deglución (Standarized Swallowing Assessment, Test de Agua DePippo, MECV-V). -Confirmar el diagnóstico y determinar la gravedad de la disfagia.

<p>Tennekoon.B et al (14) (2023) España, Italia, Grecia, Canadá, Austria, Suiza, Holanda y Estados Unidos.</p>	<p>/>65</p>	<p>3.328</p>	<p>-Estudios retrospectivos -Revisión narrativa</p>	<p>-Orofaringea -Desnutrición y deshidratación neumonía por aspiración y muerte.</p>	<p>-Prueba de deglución de volumen-viscosidad - oximetría de pulso - índice de comorbilidad de Charlson - índice de Barthel - Mini-Nutritional Assessment short-form</p>	<p>Médicos: -Diagnosticar la disfagia. -Evaluar el estado de salud general, incluyendo enfermedades crónicas y estado nutricional (MNA-SF). -Prescribir tratamiento farmacológico y nutricional. Enfermeros: -Detectar la disfagia a través de la observación clínica y escalas (Barthel, Pfeiffer, FAST). --Colaborar en la administración de tratamientos y educación de pacientes y cuidadores. Logopedas: -Realizar evaluaciones específicas de la deglución (MECV-V). -Diseñar e implementar programas de rehabilitación.</p>
---	----------------	--------------	--	--	--	---

Abreviaturas: DOSS=Escala de severidad de disfagia; BBDST-R=es una herramienta de cribado; FAST=es una herramienta que se utiliza principalmente para evaluar la progresión de la enfermedad de Alzheimer; MNA-SF=es una herramienta de cribado que ayuda a identificar a ancianos desnutridos o en riesgo de desnutrición; IMC=índice de masa corporal; EAT-10=escala de autoevaluación y de puntuación directa para evaluar síntomas específicos de disfagia; Standardized Swallowing Assessment= es una evaluación clínica estandarizada de la deglución, sirve para analizar los factores predictores y la prevalencia de la disfagia en atención primaria; MECV-V=Test de volumen viscosidad.

Descripción general de los estudios seleccionados

Los estudios incluidos en esta revisión abarcan una amplia variedad de diseños, cada uno de ellos con sus propias fortalezas y limitaciones, lo que refleja la complejidad del estudio de la disfagia y la necesidad de abordarla desde múltiples perspectivas.

Sobre los **países con publicaciones incluidas en esta revisión**, encontramos estudios internacionales como el de Le N et al⁽¹³⁾, Tennekoon.B et al⁽¹⁴⁾ y el de Eglseer D et al⁽²⁰⁾.

España, de donde son la mayoría de los estudios de esta revisión, con los trabajos de Ferrero Lopez M et al, Hinojosa-Fuentes F et al, Martinez Forte A y Ambiado-Lella y Borjas Gravis^(19,21,22,25),

Italia con el trabajo de Eleona Gressi et al⁽¹⁵⁾, Sophia Demneopolou et al de Grecia⁽¹⁶⁾, Renata Mancopes et al de Canadá⁽¹⁷⁾ y Steven Leder de Estados Unidos⁽²¹⁾.

En relación al **tamaño muestral**, Tennekoon B et al⁽¹⁴⁾ realizaron un estudio a gran escala con miles de participantes para investigar las complicaciones de la disfagia orofaríngea. Por otro lado, Demeneopolou S et al⁽¹⁶⁾ validó una prueba de detección de disfagia con una muestra más pequeña de 80 pacientes. Esta diferencia en el tamaño de las muestras refleja la diversidad de enfoques en la investigación de la disfagia en personas mayores.

Respecto a la **edad** de los pacientes que participaron en los estudios, estos se centran principalmente en pacientes mayores de 60 años, con varios estudios incluyendo específicamente a mayores de 65 años como el de Tennekoon B et al⁽¹⁴⁾ o el de Leder S et al⁽²¹⁾. Algunos estudios se centraron en poblaciones aún mayores, como mayores de 70 años, el de Gressi E et al⁽¹⁵⁾ (15) o mayores de 75 años como los de Ferrero López M et al⁽¹⁹⁾ y Martinez Forte A⁽²³⁾. Esta selección de pacientes nos aproxima a el interés sobre la disfagia en el contexto del envejecimiento.

La variedad de estudios sobre disfagia en adultos mayores demuestra la complejidad de este problema y la necesidad de investigarlo desde diferentes ángulos. Cada tipo de estudio tiene sus pros y sus contras, y la elección del diseño depende de la pregunta de investigación y los recursos disponibles.

Combinando diferentes enfoques, podemos entender mejor la disfagia y cómo afecta la salud y el bienestar de las personas mayores.

En cuanto a los **tipos de disfagia más prevalentes en la población adulta mayor**, los estudios revisados arrojan luz sobre la predominancia de la disfagia orofaríngea, especialmente en los contextos de atención primaria y hospitalaria. Sin embargo, la disfagia esofágica, aunque menos frecuente, también ha sido objeto de estudio, destacando la necesidad de considerar ambos tipos en la evaluación y manejo de esta condición.

Le N et al⁽¹³⁾ destaca por su enfoque sobre la disfagia esofágica, menos frecuente pero igual de relevante, utilizando herramientas validadas como el Cuestionario Breve de Disfagia Esofágica (BEDQ) y la Puntuación de Eckardt. Mancopes R et al⁽¹⁷⁾ y Martínez Forte A et al⁽²³⁾ tienen un enfoque observacional, el primero examinando los cambios fisiológicos de la deglución asociados con el envejecimiento saludable utilizando la videofluoroscopia, y el segundo se centra en los factores predictores y la prevalencia de la disfagia en atención primaria.

Tennekoon .B et al⁽¹⁴⁾ y Gressi E et al⁽¹⁵⁾ utilizan estudios retrospectivos para analizar las complicaciones de la disfagia orofaríngea y su relación con el delirio, respectivamente, ofreciendo información valiosa sobre la evolución y las consecuencias de la disfagia orofaríngea. Ferrero López M et al⁽¹⁹⁾ destaca por su diseño longitudinal y prospectivo, evaluando el impacto de un programa de intervención multidisciplinar en la detección de disfagia orofaríngea y esofágica en ancianos institucionalizados. Leder S et al⁽²¹⁾ en su estudio prospectivo analiza la epidemiología de la disfagia tanto orofaríngea como esofágica en pacientes mayores ingresados en cuidados intensivos, estableciendo relaciones entre la disfagia y sus complicaciones.

Finalmente, Canham M⁽¹⁸⁾ y Barrón P et al⁽²⁴⁾ se centran en la evaluación clínica y la descripción de la disfagia orofaríngea en diferentes contextos, proporcionando información relevante para la práctica clínica sobre la prevalencia, los factores asociados y las herramientas de evaluación de esta.

Los estudios revisados muestran que la disfagia orofaríngea es más común en adultos mayores, especialmente en centros de atención primaria y hospitales. Aunque menos estudiada, la disfagia esofágica también es relevante. Se han utilizado diversas metodologías, como estudios observacionales para analizar factores asociados y cambios fisiológicos, estudios retrospectivos para evaluar complicaciones, y estudios longitudinales y prospectivos para medir el impacto de intervenciones y la epidemiología de la disfagia. La evaluación clínica y descriptiva también es importante en la práctica clínica.

En la figura 3 se representa el tipo de disfagia tratada en los estudios.

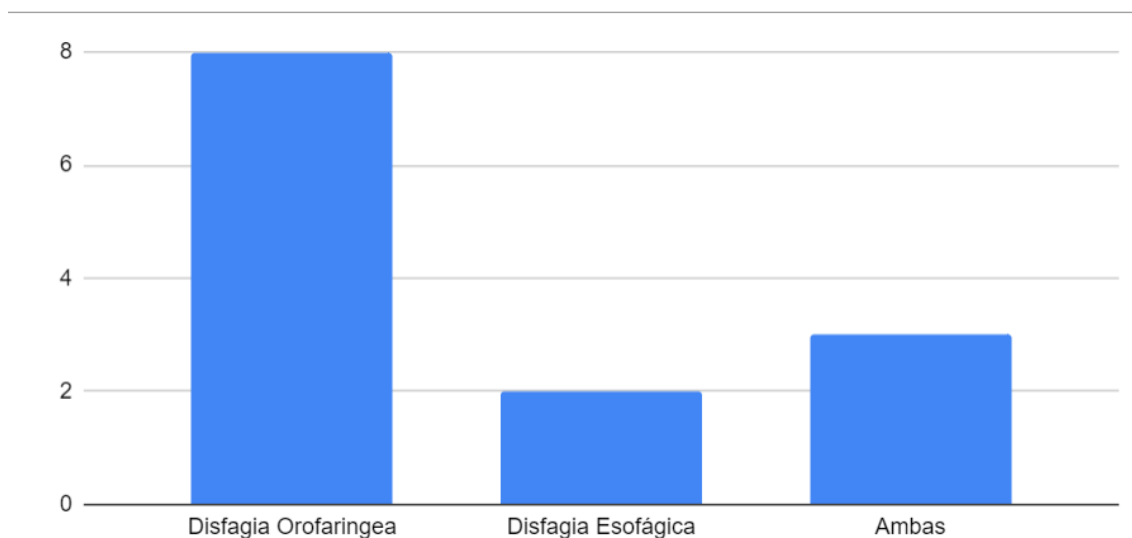


Figura 3: Número de artículos que tratan sobre disfagia orofaríngea, esofágica y de ambas.

En relación a la utilización de **pruebas diagnósticas, test y diferentes herramientas** se emplean una gran variedad de ellas para evaluar la disfagia en adultos mayores. Estas herramientas abarcan desde cuestionarios y escalas de valoración hasta pruebas clínicas e instrumentales, cada una con sus propias ventajas y limitaciones.

Cuestionarios y escalas: varios estudios utilizan cuestionarios y escalas para evaluar la presencia y gravedad de la disfagia. Le N et al⁽¹³⁾ emplea el Cuestionario Breve de Disfagia Esofágica (BEDQ) y la Puntuación de Eckardt para evaluar la disfagia esofágica. Gressi E et al⁽¹⁵⁾ utiliza la Escala de Severidad de la Disfagia (DOSS). Demeneopoulou S et al⁽¹⁶⁾ valida la Prueba Breve de Cribado de Disfagia a Pie de Cama (BBDST-R). Martínez Forte A et al⁽²³⁾ emplea el test EAT-10. Barrón P et al⁽²⁴⁾ también utiliza el EAT-10 para detectar presbifagia y el test MECV-V para diagnosticar disfagia.

Pruebas clínicas: varios estudios utilizan pruebas clínicas para evaluar la función deglutoria. Como Tennekoon.B et al⁽¹⁴⁾, Gressi E et al⁽¹⁵⁾, Demeneopoulou S et al⁽¹⁶⁾ y Martínez Forte A et al⁽²³⁾ emplean la prueba de deglución de volumen-viscosidad. Esta prueba es útil para identificar alteraciones en la seguridad y eficacia de la deglución. Hinojosa F et al⁽²³⁾ utiliza la prueba de deglución de agua, para evaluar la presencia de disfagia.

Pruebas instrumentales: algunos estudios utilizan pruebas instrumentales para obtener una evaluación más detallada de la deglución. Mancopes R et al⁽¹⁷⁾ emplea la videofluoroscopia. Esta prueba permite evaluar la anatomía y fisiología de la deglución, así como detectar alteraciones en la coordinación y eficacia del proceso. Leder S et al⁽²¹⁾ utiliza la endoscopia con fibra óptica para evaluar la deglución en pacientes ingresados en cuidados intensivos. Esta prueba permite visualizar directamente el tracto digestivo superior y detectar alteraciones estructurales o funcionales que puedan estar causando la disfagia.

Otras herramientas: algunos de los estudios utilizan otras herramientas para evaluar aspectos relacionados con la disfagia. Tennekoon.B et al⁽¹⁴⁾ utiliza la oximetría de pulso para detectar episodios de aspiración, mientras que Eglseer D et al⁽²⁰⁾ evalúa el estado nutricional de los pacientes utilizando parámetros como el índice de masa corporal (IMC) y la pérdida de peso.

La elección de las herramientas y test para evaluar la disfagia depende del contexto clínico, la disponibilidad de recursos y los objetivos específicos de la evaluación. La combinación de diferentes herramientas puede proporcionar una evaluación más completa y precisa de la disfagia, lo que permite un diagnóstico y tratamiento más efectivos.

Los **profesionales sanitarios** en esta revisión ofrecen una participación multidisciplinar en el manejo de la disfagia en adultos mayores, involucrando principalmente a médicos, enfermeros, logopedas, y en menor medida, a nutricionistas. Cada profesional desempeña un papel crucial en la identificación, evaluación y tratamiento de esta condición, contribuyendo a mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Los **médicos** desempeñan un papel central en el diagnóstico y tratamiento de la disfagia. Le N et al⁽¹³⁾ y Gressi E et al⁽¹⁵⁾ resaltan su importancia en el diagnóstico diferencial y la evaluación de comorbilidades asociadas. Demeneopoulou S et al⁽¹⁶⁾ y Mancopes R et al⁽¹⁷⁾ destacan su papel en la selección de participantes y en la formulación de recomendaciones clínicas basadas en los resultados de las evaluaciones. En el ámbito de la atención primaria, Hinojosa F et al⁽²²⁾ resalta la importancia de la historia clínica y la evaluación clínica exhaustiva realizada por el médico para identificar posibles casos de disfagia. Martínez Forte A et al⁽²³⁾ también destaca el papel del médico en la realización de evaluaciones iniciales y en la utilización de cuestionarios de cribado para detectar pacientes con riesgo de disfagia.

Los **enfermeros** desempeñan un papel fundamental en la atención, monitorización y detección temprana de la disfagia. Le N et al⁽¹³⁾ destaca su participación en la atención directa y monitorización de pacientes con disfagia. Tennekoon .B et al⁽¹⁴⁾, Gress Ei et al⁽¹⁵⁾ y Eglseer D et al⁽²⁰⁾ destacan la importancia de la observación clínica y la utilización de escalas de valoración por parte de los enfermeros para identificar signos y síntomas de disfagia. Demeneopoulou S et al⁽¹⁶⁾ involucra a los enfermeros en la administración de pruebas de cribado, como la BBDST-R, para detectar pacientes con riesgo de aspiración. Canham M⁽¹⁸⁾ destaca el papel de los enfermeros en la supervisión del estado nutricional y la adaptación de las ingestas alimentarias en pacientes con disfagia. Steven Leder et al⁽²¹⁾ también incluye a los enfermeros en la monitorización y cuidados de apoyo en pacientes con disfagia ingresados en cuidados intensivos.

Los **logopedas** tienen un papel fundamental en la evaluación y rehabilitación de la deglución en pacientes con disfagia. Le N et al⁽¹³⁾, Tennekoon. B et al⁽¹⁴⁾, Gressi E et al⁽¹⁵⁾, Demeneopoulou S et al⁽¹⁶⁾, Mancopes R et al⁽¹⁷⁾, Ferrero López M et al⁽¹⁹⁾ Martínez A Forte et al⁽²³⁾ resaltan su participación en la evaluación exhaustiva de la deglución, incluyendo la realización de pruebas específicas y la implementación de terapias de rehabilitación individualizadas. Barrón P et al⁽²⁴⁾

destaca la importancia de la evaluación logopédica en el diagnóstico de la disfagia, especialmente en casos de presbifagia. Ambiado-Lella y Borjas Gavis⁽²⁵⁾ resaltan el papel crucial del logopeda en el manejo interdisciplinar de la presbifagia, coordinando también la evaluación y el tratamiento en colaboración con otros profesionales de la salud.

Aunque su participación es menos frecuente en comparación con otros profesionales, los **nutricionistas** desempeñan un papel relevante en el manejo nutricional de la disfagia. Le N et al⁽¹³⁾, Mancopes R et al⁽¹⁷⁾, Eglseer D et al⁽²⁰⁾ y Leder S et al⁽²¹⁾ mencionan su papel en la evaluación del estado nutricional y el diseño de planes de nutrición individualizados para pacientes con disfagia. Barrón-Pavón et al⁽²⁴⁾ también destaca la importancia de la evaluación nutricional realizada por el nutricionista para identificar posibles deficiencias y adaptar la dieta a las necesidades del paciente.

Los estudios revisados destacan la importancia de un enfoque multidisciplinario en el manejo de la disfagia en adultos mayores, donde médicos, enfermeros, logopedas y nutricionistas trabajan en conjunto para proporcionar una atención integral y personalizada. Aunque la participación de los nutricionistas es menos frecuente en la literatura, su papel en la evaluación y manejo nutricional de la disfagia es fundamental para garantizar una adecuada nutrición y prevenir complicaciones asociadas a la malnutrición en esta población vulnerable.

En la figura 2 se muestra la participación de los profesionales sanitarios en los estudios mencionados.



Figura 2: Participación de los profesionales sanitarios en los estudios.

Se necesita la realización de más de estudios a largo plazo para evaluar los efectos de las intervenciones y la evolución de la disfagia. La comparación de diferentes tratamientos para determinar su efectividad en distintos tipos de disfagia y poblaciones, el estudio de las causas subyacentes de la disfagia, especialmente los cambios fisiológicos relacionados con el envejecimiento.

El desarrollo de nuevas herramientas diagnósticas más sencillas y precisas para la detección temprana, un mayor enfoque en la disfagia esofágica, que ha sido menos estudiada que la orofaríngea, y más investigación sobre el papel de la nutrición en la prevención y tratamiento de la disfagia, incluyendo el desarrollo de estrategias nutricionales efectivas y la evaluación del impacto de la intervención nutricional en los resultados de los pacientes.

Abordar estas cuestiones a través de la investigación y la mejora de las prácticas clínicas puede conducir a mejores resultados para los pacientes, mejorando su calidad de vida y reduciendo las complicaciones asociadas a esta condición.

5. Discusión

Los estudios de esta revisión narrativa nos han proporcionado información valiosa sobre la disfagia en adultos mayores, confirmando hallazgos previos. **En primer lugar, se confirma que la disfagia es un problema común en personas mayores**, especialmente en aquellos que están hospitalizados o con enfermedades crónicas. Los estudios de Tennekoon B et al⁽¹⁴⁾, Eglseer D et al⁽²⁰⁾ y Leder S et al⁽²¹⁾ encontraron una prevalencia de disfagia que oscilaba entre el 16% en población general mayor de 65 años y el 55% en pacientes mayores hospitalizados. Estos hallazgos respaldan la idea de que la disfagia es un problema común en personas mayores y que su prevalencia aumenta en contextos de hospitalización.

Se destaca la importancia de la detección temprana y la evaluación de la disfagia. Varios estudios utilizaron diferentes herramientas de evaluación, como cuestionarios (EAT-10, BEDQ), escalas (DOSS, MNA-SF), pruebas clínicas) y pruebas instrumentales (videofluoroscopia, endoscopia). Esta variedad de métodos resalta la necesidad de un enfoque integral en la evaluación de la disfagia, adaptando las herramientas a las características individuales del paciente y al contexto clínico.

Los estudios subrayan la importancia de un enfoque multidisciplinario en el manejo de la disfagia, involucrando a médicos, enfermeros, logopedas y nutricionistas como los de Le N et al⁽¹³⁾ y Tennekoon B et al⁽¹⁴⁾ respectivamente. Esta colaboración multidisciplinaria permite abordar la disfagia desde diferentes perspectivas, optimizando la evaluación, el tratamiento y el seguimiento de los pacientes.

Se subraya la importancia de la intervención nutricional en el manejo de la disfagia, como informan los estudios de Tennekoon B et al⁽¹⁴⁾, Eglseer D et al⁽²⁰⁾, y Leder S et al⁽²¹⁾ respectivamente. La adaptación de la textura de los alimentos y líquidos, la suplementación y la educación nutricional son estrategias clave para prevenir complicaciones como la desnutrición, la deshidratación y la neumonía por aspiración.

Han explorado diferentes tipos de disfagia, como la orofaríngea y la esofágica, y su relación con enfermedades específicas como los estudios de Mancopes R et al⁽¹⁷⁾ o el de Ferrero López M et al⁽¹⁹⁾. Esta información es crucial para un diagnóstico más preciso y un tratamiento más individualizado.

Finalmente, algunos estudios han investigado la relación entre la disfagia y otros factores, como la salud bucal y el impacto de programas de intervención multidisciplinarios. Estos hallazgos amplían nuestra comprensión de la complejidad de la disfagia y sus múltiples factores asociados.

Los estudios utilizados en esta revisión aportan información valiosa sobre la disfagia en personas mayores, confirmando hallazgos previos y abriendo nuevas

líneas de investigación. Estos resultados tienen implicaciones importantes para la práctica clínica, la investigación y la formulación de políticas de salud pública, con el objetivo de mejorar la atención y la calidad de vida de los pacientes.

Los estudios revisados confirman que la disfagia es un problema común en personas mayores, especialmente en aquellos hospitalizados o con enfermedades crónicas como enfermedades neurológicas (Parkinson, ictus), deterioro cognitivo y polimedicación. Estos factores de riesgo deben ser considerados en la evaluación y tratamiento de pacientes mayores. Esta revisión está en consonancia con un estudio transversal realizado en 2009, concretamente de Serra Prat M et al⁽²⁶⁾ en una población de 65 años o más, encontró que la prevalencia de disfagia era del 16%, y que esta aumentaba significativamente con la edad, especialmente en personas mayores de 80 años. Este hallazgo respalda la idea de que la disfagia es un problema común en personas mayores y que su prevalencia aumenta con la edad. También otro estudio realizado en 2015 de r Wirth R et al⁽²⁷⁾ en pacientes hospitalizados mayores de 65 años encontró que la prevalencia de disfagia era del 55%, lo que confirma que la disfagia es especialmente común en personas mayores hospitalizadas. Además, este estudio identificó varios factores de riesgo asociados con la disfagia, incluyendo enfermedades neurológicas, deterioro cognitivo y polimedicación, lo que respalda los hallazgos de los estudios revisados.

Las herramientas de evaluación utilizadas en los estudios, como la prueba de volumen-viscosidad, la videofluoroscopia y cuestionarios específicos, han demostrado ser útiles para identificar y evaluar la disfagia en la práctica clínica. Además, se reafirma la importancia de un enfoque multidisciplinario en el tratamiento de la disfagia, involucrando a médicos, enfermeros, logopedas y nutricionistas, tal como recomiendan las guías actuales. Va acorde a estos estudios en los que se refiere que la evaluación clínica de la disfagia en adultos mayores ha sido ampliamente estudiada, y diversas herramientas han demostrado su utilidad en la práctica clínica.

Los estudios analizados profundizan en la comprensión de la disfagia al examinar diferentes tipos, como la orofaríngea y la esofágica, y su relación con enfermedades específicas como la acalasia y la esofagitis eosinofílica. Esta información permite un diagnóstico y un tratamiento más específico.

Además, algunos estudios han analizado la relación entre la disfagia y la salud bucal, así como el impacto de un programa de intervención multidisciplinar en pacientes ancianos hospitalizados, incluyendo terapia de rehabilitación de la deglución, modificación de la dieta y educación nutricional. Estos hallazgos amplían nuestra comprensión de la complejidad de la disfagia y sus múltiples factores asociados, lo que implica que la evaluación y el tratamiento deben ser individualizados y hay que considerar una diversa variedad de factores.

Los estudios también han explorado la importancia de la intervención nutricional, en su manejo y la prevención de complicaciones, siendo estrategias que han demostrado ser efectivas para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

La adaptación de la textura de los alimentos y líquidos es una estrategia fundamental en el manejo de la disfagia en personas mayores. Estudios previos han demostrado que la modificación de la consistencia de los alimentos y líquidos, como el uso de espesantes y purés, puede mejorar la seguridad y eficacia de la deglución, reduciendo el riesgo de aspiración y mejorando la ingesta nutricional, García-Peris P⁽²⁸⁾.

La suplementación nutricional también ha demostrado ser beneficiosa en pacientes mayores con disfagia. Un estudio realizado en 2012 por Sura L et al⁽²⁹⁾ encontró que la suplementación con una fórmula nutricional oral enriquecida con energía y proteínas mejoró significativamente el estado nutricional y la calidad de vida de los pacientes con disfagia orofaríngea.

La educación nutricional es otro componente clave en el manejo de la disfagia. El siguiente estudio de 2016 de Boidin A⁽³⁰⁾ demostró que un programa de educación nutricional individualizado, que incluía información sobre la disfagia, estrategias de alimentación segura y consejos para modificar la dieta, mejoró la calidad de vida y redujo el riesgo de complicaciones en pacientes mayores con disfagia.

En general, estos estudios previos respaldan los hallazgos de los estudios revisados y destacan la importancia de las intervenciones nutricionales en el manejo de la disfagia en personas mayores. La combinación de la adaptación de la textura de los alimentos y líquidos, la suplementación y la educación nutricionales puede mejorar significativamente la ingesta de nutrientes, reducir el riesgo de aspiración y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

6. Conclusiones

Las conclusiones extraídas de esta revisión narrativa, en base a los objetivos planteados son las siguientes:

1. La disfagia es un problema prevalente en adultos mayores con importantes implicaciones para la salud y calidad de vida.
2. Su abordaje requiere un enfoque multidisciplinario que involucre a médicos, enfermeros, logopedas y nutricionistas.
3. La detección temprana junto con la evaluación exhaustiva y el tratamiento individualizado son cruciales para prevenir complicaciones y mejorar los resultados de los pacientes.
4. Se necesitan más investigaciones para comprender mejor la disfagia, desarrollar nuevas herramientas de diagnóstico y optimizar las estrategias de tratamiento, especialmente en el ámbito de la nutrición.

7. Bibliografía

1. *Marmouset F, Hammoudi K, Bobillier C, Morinière S. Fisiología de la deglución normal. EMC - Otorrinolaringología. 2015;44(3):1-12.*

2. Pérez-Martínez, E., Martínez-Martínez, F., & García-Peris, P. (2017). Revisión sobre disfagia orofaríngea en adultos mayores. *Nursing (Ed. española)*, 35(6), 74-81.
3. Pinheiro P. Disfagia (dificultad para tragar) [Internet]. MD.Saúde; 2023 [citado 10 Jul 2023]. Disponible en: <https://www.mdsaude.com/es/gastroenterologia-es/difasia-dificultad-para-tragar/>
4. Alcalde Muñoz S, Rodríguez Rodríguez R. Manejo de la disfagia [Internet]. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias; [citado 10 Jul 2023]. Disponible en: <https://semergen.es/files/docs/grupos/digestivo/manejo-disfagia-ap.pdf>
5. García-Peris P, Parro-Moreno AI, Martínez-Regueiro JC. Revisión de la disfagia orofaríngea en adultos mayores. *Nursing (Ed española)*. 2018;36(4):46-53.
6. Mayo Clinic. Disfagia - Síntomas y causas [Internet]. Rochester, MN: Mayo Foundation for Medical Education and Research; 2023 [citado 10 Jul 2024]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/dysphagia/symptoms-causes/syc-20372028>
7. Fajardo-Gutiérrez A. Medición en epidemiología: prevalencia, incidencia, riesgo, medidas de impacto. *Rev Alerg Mex* [Internet]. 2017 Mar [citado 10 Jul 2024];64(1):109-20. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-91902017000100109&lng=es. <https://doi.org/10.29262/ram.v64i1.252>
8. Taliment. Disfagia: El papel crucial de los profesionales de salud [Internet]. España: Taliment; 2023 [citado 10 Jul 2024]. Disponible en: <https://www.taliment.com/blog/profesionales-salud-manejo-disfagia/>
9. Cabré M, Serra-Prat M. Importancia de la detección de la disfagia en pacientes geriátricos. *Med Fam (Med)*. 2018;44(9):629-35.
10. Presbifagia, un signo de alerta en adultos mayores. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. [citado 10 Jul 2024]; Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-disfagia-orofaringea-el-anciano-S0211139X12001217>
11. Barrón-Pavón V, Artiaga Núñez C, Higuera Espinoza V, Rodríguez-Fernández A, García-Flores V, Sanhueza-Garrido M, et al. Ingesta alimentaria y presbifagia en adultos mayores activos de la comunidad de Chillán, Chile. *Rev Chil Nutr*. 2020 Ago [citado 10 Jul 2024];47(4):580-7. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182020000400580&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182020000400580>.
12. Disfagia: El papel crucial de los profesionales de salud [Internet]. Taliment; [citado 10 Jul 2024]. Disponible en: <https://www.taliment.com/blog/profesionales-salud-manejo-disfagia/>
13. Le KHN, Low EE, Yadlapati R. Evaluación de la disfagia esofágica en pacientes ancianos. *Curr Gastroenterol Rep*. 2023 Jul;25(7):146-59.
14. Tennekoon LE, Cabré M, Serra-Prat M, Palomera E, Gomis M, García-Peris P, Clavé P. Complicaciones de la disfagia orofaríngea en personas mayores y pacientes con trastornos neurológicos: perspectivas del Hospital de Mataró, Cataluña, España. *Front Neurol*. 2020;11:507.
15. Gressi E, Fernández A, García P, López M, Rodríguez J, Sánchez C. Disfagia en pacientes mayores ingresados en un centro de rehabilitación tras una

- hospitalización aguda: el papel del delirio. Eur Geriatr Med. 2023;14(5):1051-1058. doi:10.1007/s41999-023-00796-4.*
16. Dementopoulou S, Gerovassiliou V, Koutsompou V, Pappa E, Pappa T. Traducción y validación de la "prueba breve de cribado de disfagia a pie de cama" en una muestra griega de pacientes neurológicos. *Geriatr OBM. 2023;9:100135. doi:10.1016/j.gerobm.2023.100135.*
 17. Mancopes R, Baijens LWJ, Speyer R, Benninga MA, Broers CA. ¿Qué parámetros fisiológicos de la deglución cambian con el envejecimiento saludable? *Geriatr OBM. 2023;9:100131. doi:10.1016/j.gerobm.2023.100131.*
 18. Canham M, García Peris P, Martínez Regueira P, García Hernández FJ. Revisión. *Disfagia orofaríngea en adultos mayores. Nursing (Ed. impresa). 2014;32(6):46-53.*
 19. Ferrero López MI, García Gollarte JF, Botella Trelis JJ, Vidal O. Detección de disfagia en mayores institucionalizados. *Rev Esp Geriatr Gerontol. 2011;46(6):329-334. doi: 10.1016/j.regg.2011.09.004*
 20. Eglseer D, Parro-Moreno AI, Sánchez-Castillo A, Almela-Baeza AM. Disfagia en pacientes mayores hospitalizados: factores asociados e intervenciones nutricionales. *Nutr Hosp [Internet]. 2014 [citado 10 julio 2024];30(1):10-7. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/>*
 21. Leder SB, Suiter DM. Un estudio epidemiológico sobre el envejecimiento y la disfagia en la población hospitalizada en cuidados intensivos: 2000-2007. *Gerontología [Internet]. 2009 [citado 10 julio 2024];55(5):594-600. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19470920/>*
 22. Hinojosa-Fuentes F, Sánchez-García A, Alvarado-García R, et al. Aproximación diagnóstica de la disfagia en el ámbito de Atención Primaria. *Actual Med. 2021;106(816):41-7.*
 23. Martínez-Forte A, García-Peris P, Martínez-Cuenca R, et al. Factores predictores y prevalencia de la disfagia en atención primaria: DISFAP 1 año. *Rev Esp Enferm Dig [Internet]. 2023 [citado 10 julio 2024];115(4):250-6. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130010823000300>*
 24. Barrón-Pavón V, Muñoz Sánchez S, Suazo-Barahona J, Amigo C, Rodríguez-Rodríguez P. Ingesta alimentaria y presbifagia en adultos mayores activos de la comunidad de Chillán, Chile. *Nutr Hosp. 2023;39(1):49-56. doi:10.20960/nh.04360.*
 25. Ferreira V, Ton AM. Presbifagia: Una Mirada a los Procesos de Alimentación y Deglución en los Adultos Mayores. *Areté [Internet]. 2021 [citado 11 julio 2024];21(1):105-12. Disponible en: <https://arete.iberu.edu.co/article/view/art21110>*
 26. Serra-Prat M, Hinojosa G, López D, et al. Prevalence of oropharyngeal dysphagia in the elderly population over 55 years old. *Clin Nutr. 2009;28(3):314-318.*
 27. Wirth R, Dziewas R, Beck AM, et al. Oropharyngeal dysphagia in older acute care patients: a prospective study of prevalence, risk factors, care structures, and outcome. *J Am Med Dir Assoc. 2015;16(1):30-36.*
 28. García-Peris P, Parrilla-Rubio E, Velasco-Vázquez C, et al. El efecto de la modificación de la textura de los alimentos en el estado nutricional y la calidad

- de vida en residentes de hogares de ancianos con disfagia orofaríngea: un ensayo controlado aleatorizado. J Am Med Dir Assoc. 2015;16(11):977-983.*
29. *Sura L, Madhavan A, Carnaby G, Crary MA. Dysphagia in the elderly: management and nutritional considerations. Clin Interv Aging. 2012;7:287-298.*
 30. *Wirth R, Dziewas R, Beck AM, et al. Disfagia orofaríngea en pacientes mayores de cuidados intensivos: un estudio prospectivo de prevalencia, factores de riesgo, estructuras de atención y resultados. J Am Med Dir Assoc. 2015;16(1):30-36.*