



UNIVERSIDAD DE JAÉN

Facultad de Ciencias de la Salud

Trabajo de fin de grado.

**CUIDADOS DE ENFERMERÍA DE ANCIANOS
INSTITUCIONALIZADOS CON DISFAGIA
OROFARÍNGEA FUNCIONAL.**

Alumna: Nadezda Frolova.

Tutor: Prof. D. Manuel Cazalilla Cámara.

Dpto: Enfermería.

Junio, 2017



UNIVERSIDAD DE JAÉN

Facultad de Ciencias de la Salud

Trabajo de fin de grado.

**CUIDADOS DE ENFERMERÍA DE ANCIANOS
INSTITUCIONALIZADOS CON DISFAGIA
OROFARÍNGEA FUNCIONAL.**

Alumna: Nadezda Frolova

Tutor: Prof. D. Manuel Cazalilla Cámara.

Dpto: Enfermería.

Junio, 2017

Una firma manuscrita en tinta negra, que parece ser la del tutor, Prof. D. Manuel Cazalilla Cámara.

Indice.

1. Indice de tablas y figuras.....	5
2. Glosario de abreviaturas.....	6
3. Resumen/ Abstract.....	7/9
4. Introducción.....	10
4.1 Justificación.....	10
4.2 Proceso de deglución.....	11
4.3 Principales características de deglución normal.....	13
4.4 Clasificación de disfagia.....	13
4.5 Fisiopatología de la disfagia orofaríngea.....	15
4.6 Datos epidemiológicos.....	16
4.7 Complicaciones de la disfagia orofaríngea.....	17
5. Objetivos.....	20
5.1 Objetivo general.....	20
5.2 Objetivos específicos.....	20
6. Metodología.....	21
6.1 Diseño y estrategia de búsqueda.....	21
6.2 Criterios de inclusión e exclusión.....	21
6.3 Descripción general de los resultados de búsqueda.....	22
7. Resultados.....	24

7.1 .Resumen de artículos consultados y sus principales conclusiones.....	24
8. Discusión.....	32
8.1 Detección precoz de DO.....	32
8.2. Recomendaciones para tratar disfagia orofaríngea.....	37
9. Conclusiones.....	43
10. Anexos.....	45
11. Bibliografía.....	46

1. Índice de tablas y figuras.

Tabla 1: Clasificación de disfagia

Tabla 2: Resultados de búsqueda.

Tabla 3: Resumen de artículos consultados y sus principales conclusiones.

Tabla 4. Niveles de viscosidad de líquidos.

Figura 1. Población en establecimientos colectivo.

Figura 2: Fases de deglución.

Figura 3 : Fisiopatología de las complicaciones relacionadas con la disfagia orofaríngea.

Figura 4: Aspiración traqueobronquial y deglución normal.

Figura 5: Diagrama de flujo de proceso de selección de artículos.

Figura 6: Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad.

Figura 7: Organigrama del tratamiento de la disfagia orofaríngea.

2. Glosario de abreviaturas.

1. LILACS - Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud
2. BV-SSPA - Biblioteca Virtual del Sistema Sanitario Público de Andalucía.
3. INE - Instituto Nacional de Estadística.
4. ACV Accidente Cerebro Vascular.
5. SNC - Sistema Nervioso Central.
6. SNP - Sistema Nervioso Periférica.
7. EEI - Esfínter Esofágico Inferior.
8. EES Esfínter Esofágico Superior.
9. TCE - Traumatismo Cráneo Encefálico.
10. DOF - Disfagia Orofaringea Funcional.
11. EA - Enfermedad de Alzheimer.
12. ABVD-Actividades Básicas de Vida Diaria.
13. MECV-V- Método Clínico de volumen-viscosidad.

3. Resumen.

Disfagia es un síntoma caracterizado por dificultad en la deglución de los alimentos (líquidos o sólidos). Debido a la presencia de una patología orgánica o funcional en el tramo del bolo alimenticio desde la boca pasando por faringe y el esófago hasta el estómago.

Los trastornos de deglución son los más frecuentes en la población anciana, en los pacientes con enfermedades neurodegenerativas y cerebrovasculares.

La disfagia en el anciano suele ser de etiología funcional, de localización orofaríngea y es bastante prevalente.

La desnutrición, la deshidratación, broncoaspiración con infecciones respiratorias y neumonías aspirativas son las complicaciones frecuentes de disfagia orofaríngea.

El objetivo del trabajo ha sido analizar la información disponible sobre disfagia orofaríngea en ancianos institucionalizados y conocer su prevalencia, métodos de detección y elaborar las estrategias de cuidados de enfermería.

El diseño del presente trabajo es de revisión narrativa para ello se ha realizado una búsqueda sobre el tema. Usando bases de datos tanto nacionales como internacionales. Las bases de datos utilizadas fueron: PUBMED, CINAHL, CUIDEN, LILACS (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud), IME y SCIELO, BV-SSPA (Biblioteca Virtual del Sistema Sanitario Público de Andalucía), base de datos estadísticos INE (Instituto Nacional de Estadística). Para ello hemos utilizado las siguientes palabras clave: disfagia, orofaríngea, anciano, broncoaspiración, trastorno de deglución.

De los archivos encontrados tras utilizar los criterios de inclusión y exclusión establecidos se han seleccionado 25 artículos, estudiando artículos expuestos se han concluido que la detección de la disfagia orofaríngea de forma precoz y establecimiento un plan terapéutico adecuado favorece a la mejora de la calidad de vida, permite conseguir que el paciente obtiene la deglución segura y eficaz, con

optimo estado nutricional, bien hidratado, con el menor riesgo de aspiración y con mayor bienestar.

Abstract.

Dysphagia is a symptom that refers to difficulty or discomfort during the progression of the alimentary bolus from the mouth to the stomach.

From pathophysiological viewpoint dysphagia may result structural or functional causes.

Patients with neurodegenerative or cerebrovascular diseases and the frail elderly are the most vulnerable.

The dysphagia in the elderly is usually etiology functional, location oropharyngeal and is of the high prevalence.

The complications of oropharyngeal dysphagia are malnutrition, dehydration and aspiration, all of which are serious and cause a high morbidity and mortality.

The objective of this literature review is to analyse the latest advances available for the diagnosis, prevention and treatment of dysphagia oropharyngeal in the elderly of the institution and analyze proposals for early detection, to determine interventions and nursing care and propose preventive actions to be developed by nursing strategies

The design of the present work is narrative review for it has been search the information of the subject in databases national and international PUBMED, CINHALL, CUIDEN, LILACS, IME y SCIELO, BV-SSPA, consulting to the guides clinicals, protocols of practice care, statistical database.

Key words: Dysphagia oropharyngeal, swallowing disorders, oropharyngeal aspiration, elderly.

After searching databases, 25 articles have been selected. Analyzing the information obtained. have been concluded:

It is the importance vital to establish an appropriate treatment plan the aim of which is to maintain the optimal nutrition and hydration in the patient with a minimum risk of aspiration and maximum comfort.

4. Introducción.

4.1 Justificación.

Como consecuencia del aumento de la esperanza de vida, el progresivo envejecimiento de la población es la principal característica de la demografía española, lo que supone un incremento de la población de mayores de 65 años.

El porcentaje de población española de mayores de 65 años y más, que actualmente se sitúa en el 18,7% del número total de la población que es 46.438.420, pasaría a ser del 25,6% en 2031, y del 34,6% en 2066.¹

Por lo tanto podemos deducir que es una población con mayor riesgo de sufrir enfermedades y discapacidades.

Se ha calculado que el número de personas que viven en establecimientos colectivos son 444.101, según censos de población y viviendas en el año 2011. Del total de las personas que viven en centros Sociosanitarios y residencias de ancianos, el 62% viven en residencias de personas mayores que corresponde con un número de 270,286 personas de edad media de 83 años.²

Figura 1. Población en establecimientos colectivo. Imagen obtenida en www.ine.es.



Es habitual que en los centros socio geriátricos se encuentran aquellos mayores de edad más avanzada o los que necesiten un mayor nivel de cuidados por acumulación de diversas patologías asociadas.

La disfagia es una secuela frecuente de las enfermedades neurológicas, neurodegenerativas, como una secuencia después de padecer un ACV (accidente cerebro vascular), puede ser como resultado de polimedicación.³

Afrontar la disfagia conlleva saber sus causas, características, signos de alerta, identificarla en los estadios tempranos, superar las dificultades en alimentación, conocer y poder prevenir sus posibles complicaciones.

El principal motivo para elegir el tema de revisión bibliográfica era de interés propio, llevo trabajando ocho años en una residencia geriátrica, conociendo y comprendiendo la importancia de problema, de “primera mano” siempre sentí necesidad de saber más allá del simple diagnostico “disfagia” y pautas a seguir “dieta triturada”.

El objetivo de este trabajo es obtener y ampliar más conocimientos en mi experiencia de cuidados en centros socio-sanitarios, analizando la información disponible, plantear estrategias y pautas a seguir basadas en la evidencia científica para el abordaje de la disfagia en ancianos institucionalizados, porque este aprendizaje podría ser beneficioso para mi actividad laboral diaria, como profesional de enfermería de un centro geriátrico, que conoce los recursos realmente disponibles para el manejo del problema y para los demás profesionales que atienden las necesidades de ancianos ingresados en una institución, y así garantizar una deglución segura y eficaz.

4.2 Proceso de deglución.

La deglución forma parte de funciones básicas de nuestro organismo. Es un proceso neuromuscular complejo que consta con movimientos voluntarios y involuntarios. Voluntarios en las fases iniciales y en las fases más avanzadas movimientos involuntarios. Lo que implica participación coordinada de músculos de

la boca, faringe, laringe y esófago junto con una innervación del Sistema Nervioso Central (SNC) y Sistema Nervioso Periférico (SNP).⁴

El proceso de deglución consta en 4 fases:

Fases voluntarias.

Oral preparatoria.

Oral propulsiva.

Fases involuntarias.

Faríngea.

Esofágica

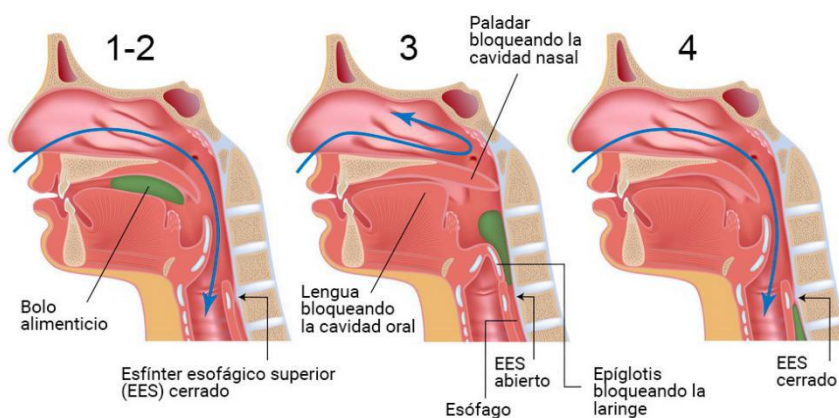


Figura 2: Fases de deglución .Imagen obtenido de repositorio de imágenes de Google Académico.

Funciones de cada fase.

- 1 .Fase oral preparatoria responde por masticación y formación de bolo alimenticio.
2. Fase oral propulsiva donde la lengua hace propulsar el bolo hacia faringe.
3. En la fase faríngea comienza la estimulación de los mecanorreceptores faríngeos que son responsables de enviar la información al SNC, lo que hace desencadenar un reflejo deglutorio, representado por una serie determinada de acciones motores que provocan elevación y cierre del paladar blando, se protegen las vías respiratorias altas, les sigue el cierre de la epiglotis, la respiración se detiene, protegiendo la vías respiratorias bajas, “junto con la apertura del esfínter esofágico superior (EES) y la contracción de los músculos constrictores faríngeos, cuya misión principal es aclarar los residuos del bolo que quedan en la hipofaringe y en los senos piriformes.”

4. La fase esofágica comienza con la apertura del EES, y la peristalsis esofágica.

Durante la fase oral preparatoria y la fase esofágica la vía aérea se mantiene abierta ⁵

4.3 Principales características deglución normal.

- Eficacia es ingesta de totalidad de las calorías y el agua necesarias para mantenimiento de adecuada nutrición e hidratación
- Seguridad es ingesta de agua y de calorías necesarias sin aparición de complicaciones respiratorias.⁶

4.4 Clasificación de la disfagia.

Disfagia es un síntoma caracterizado por dificultad en la deglución de los alimentos (líquidos o sólidos). Debido a la presencia de una patología orgánica o funcional en el tramo del bolo alimenticio desde la boca pasando por faringe y el esófago hasta el estómago.

Este síntoma que puede aparecer en diversas situaciones y patologías. Son múltiples causas que producen disfagia. Según la etiología, forma de aparición, consistencia afectada y fase afectada, junto con manifestaciones clínicas, podemos identificar diferentes tipos de disfagia para así tomar decisiones sobre su manejo terapéutico.

La clasificación de disfagia se puede resumir en la siguiente tabla.

Tabla 1: Clasificación de disfagia. Elaboración propia.

Según etiología	Según la fase afectada	Según modo de aparición	Según consistencia afectada
Orgánica	Orofaringea	Brusco	Líquidos
Funcional	Esofágica	Progresivo	Sólidos
		Lento	Ambos.

“La disfagia orofaríngea incluye las alteraciones de la deglución de origen oral, faríngeo, laríngeo y del esfínter esofágico superior (EES) y forma parte de casi el 80% de las disfagias diagnosticadas”, suele presentar la masticación dificultosa, salida de comida por la boca, dolor torácico, sialorrea, deglución fragmentada, dificultad para iniciar la deglución, deglución repetida, regurgitación oral inmediata, aspiración con tos y asfixia y en muchas con disfonía.

La disfagia esofágica comprende los trastornos en el esófago superior, el cuerpo esofágico, el esfínter esofágico inferior (EEI) y cardias, está provocada habitualmente por alteraciones mecánicas, constituye el 20% de las disfagias y está acompañada con manifestaciones clínicas tales como regurgitación tardía, pirosis y dolor torácico.⁶⁻⁷

La aparición brusca de disfagia junto con otros signos neurológicos se hace sospechar de ACV. Disfagia de progresión rápida junto con pérdida de peso se relacionan con neoplasias. Las enfermedades neurodegenerativas, neurológicas, polifarmacia suelen provocar disfagia de aparición y evolución lenta⁸.

Lo importante es distinguir entre disfagia orgánica y funcional. La disfagia orgánica o estructural es producida por alteración estructural de los órganos implicados en la deglución. Las anomalías estructurales se engloban los tumores esofágicos y del área otorrinolaringológica, osteofitos cervicales, estenosis esofágicas (habitualmente postquirúrgicas).

La disfagia funcional se debe al deterioro del reflejo deglutorio y a los trastornos de apertura de EES.⁹

Según la consistencia afectada se distinguen la disfagia a líquidos y a sólidos o a productos de ambas consistencias. Lo que pueda dar la clave para diagnosticar el tipo de disfagia.

La disfagia a los sólidos se produce por estrechamientos de la luz esofágica, como consecuencia de enfermedades de la mucosa esofágica y del mediastino o por causas obstructoras, pero no impide paso de los líquidos.

Las enfermedades que afectan al peristaltismo e innervación de músculo liso, pueden provocar disfagia a sólidos y líquidos.

La disfagia a los líquidos se presenta cuando existe retraso del inicio del reflejo deglutorio y el paciente deglute mejor los alimentos en consistencia de purés y se asfixia con los líquidos, que invaden la vía aérea., incluso están presentes aspiraciones silentes, que consisten en penetración de saliva debajo de las cuerdas vocales, no se acompañan ni de tos, ni de otros signos observables que pueden ser signos de alarma.⁵

La disfagia en el anciano suele ser de etiología funcional, fase afectada orofaríngea y es de alta prevalencia^{8'10}.

4.5 Fisiopatología de la disfagia orofaríngea en el anciano.

El envejecimiento natural conduce a una serie de alteraciones. El reflejo deglutorio se enlentece, tiempo de transporte de bolo alimenticio se aumenta. Pérdida de piezas dentarias, desajuste de la prótesis, atrofia de los músculos de la masticación y disminución de la producción de saliva son los cambios fisiológicos, correspondiente a esta etapa de la vida, pero aun así, esto no compromete ni la eficacia, ni la seguridad de la deglución.¹¹

Como estaba dicho anteriormente que Disfagia Orofaríngea Funcional (DOF) se debe al deterioro de reflejo deglutorio, que desencadena en la fase faríngea y a los trastornos de apertura de EES, que corresponden a la fase esofágica de la deglución.

Estas alteraciones son consecuencias de enfermedades neuromusculares y neurodegenerativas tales como lesiones traumáticas cerebrales, parálisis cerebral, ACV, enfermedad de Parkinson, enfermedades de pares craneales, enfermedades de

conjunción mioneuronal, esclerosis múltiple, esclerosis lateral amiotrófica (ELA), miastenia gravis, distrofias musculares y enfermedades neuronales motoras, enfermedad de Alzheimer, demencias.¹² Por lo tanto las patologías neuromusculares producen lesiones en las estructuras neurales y neuronales que responden por desencadenar los mecanismos de la deglución y controlar la secuencia coordinada de sucesos, de este proceso fisiológico. “Lo que se manifiesta con una obstrucción funcional por mala preparación del bolo en la cavidad oral, debilitamiento de la contracción faríngea, alteraciones en la coordinación entre la contracción faríngea y la relajación del EES, o apertura no ajustada de este esfínter”⁶. (Velasco M, García-Peris y P. Causas y diagnóstico de la disfagia.)

El uso habitual de los fármacos (neurolépticos, sedantes, antidepresivos) que producen efectos sobre SNC provoca enlentecimiento de la respuesta motora orofaríngea.^{8'13}

4.6 Datos epidemiológicos.

Según los estudios realizados entre 2009-2015 en el territorio español, en diversos centros socio-geriátricos, de Barcelona, Sevilla y Valencia, centros de salud de Madrid, con tamaño muestral muy variable de 40,¹⁴ 161¹¹, 373¹⁵, 1777 personas¹⁶, los autores han destacado la alta prevalencia de disfagia orofaríngea y las patologías más frecuentes que la precedan.

La prevalencia de disfagia estimada revisando historias clínicas y entrevistando pacientes y sus cuidadores en esos estudios se oscila entre 5,4 y el 22%.

Los estudios más recientes presentan un número de prevalencia de disfagia más elevado, esa variabilidad se explica por la importancia que está dando a los estudios de disfagia en los últimos años.¹⁴

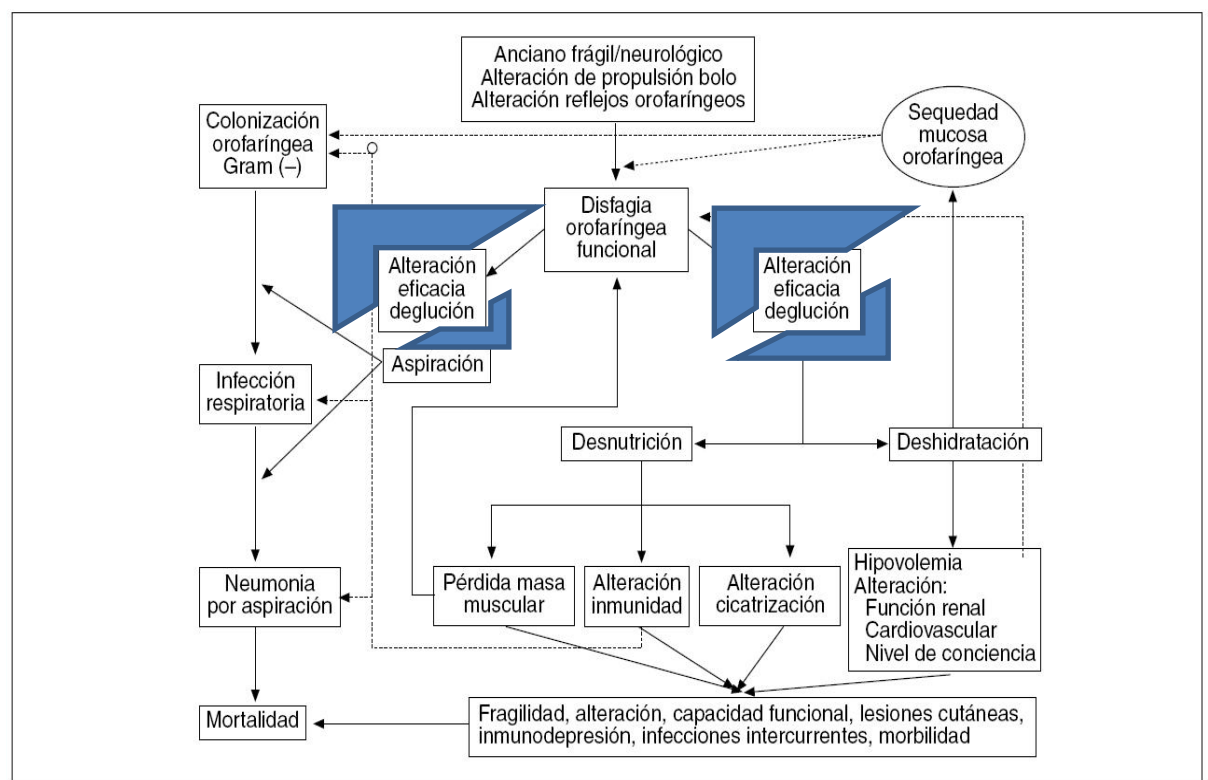
Todos los autores coinciden en sus conclusiones sobre las patologías y enfermedades crónicas que están asociadas con DOF.

Las más frecuentes son demencias de entre 45-50%, ACV entre 25-47%, EA hasta el 80%, enfermedad de Párkinson del 52% al 82% y esclerosis múltiple hasta el 50%.^{16'11'14}

4.7 Complicaciones de disfagia orofaríngea funcional.

Las complicaciones nutricionales y respiratorias de disfagia orofaríngea perjudican la calidad de vida considerablemente, aumentando la morbilidad y mortalidad de los pacientes que padezcan este trastorno.

Figura3 : Fisiopatología de las complicaciones relacionadas con disfagia orofaríngea funcional en el anciano. La figura obtenida en el artículo de Clavé P, ET AL Disfagia orofaríngea en el anciano.



La tabla presenta resumen de complicaciones más frecuentes asociadas con DOF. Donde se puede ver que las consecuencias de DOF directamente están relacionadas con reducción de eficacia y seguridad de la deglución.

- Por disminución de eficacia.

La disminución de la eficacia de deglución provoca importantes complicaciones como desnutrición y deshidratación, ocasionadas por insuficiente ingesta de líquidos y nutrientes.

La desnutrición suele ser de tipo proteico, con descenso de la masa magra y grasa, pérdida de peso, que a su vez incita al desarrollo de sarcopenia de los músculos implicados en el proceso de deglución.

La deshidratación o déficit de agua corporal es un trastorno hidroelectrolítico, que altera gravemente las funciones del cuerpo humano. Las personas mayores son más vulnerables a la deshidratación.

Entre otras consecuencias que dañan a nuestro organismo, la deshidratación provoca “la confusión mental, la sequedad de piel y mucosas” y la reducción de producción de saliva, lo que agrava más la disfagia ya existente.¹¹

- Por disminución de seguridad.

El descenso de la seguridad de la deglución provoca penetraciones y aspiraciones de material deglutorio.

El atragantamiento o penetración es la obstrucción de la vía aérea con entrada de agua y alimentos en la zona de laringe sin traspasar las cuerdas vocales con desencadenamiento del reflejo tusígeno.

La aspiración se produce cuando material deglutorio atraviesa cuerdas vocales y pasa a las vías aéreas inferiores, presenta los síntomas similares de una obstrucción:

- dificultad para respirar
- crisis de tos
- cianosis
- cambio de timbre de voz.

Las aspiraciones silentes las que no presentan signos de compromiso de respiración ocurren sin presencia de tos y signos de asfixia y son más peligrosos para la seguridad del paciente, por su presentación asintomática.

Las aspiraciones orofaríngeas en repetidas ocasiones son causas de frecuentes infecciones respiratorias y las neumonías aspirativas con una alta mortalidad.^{5'17}

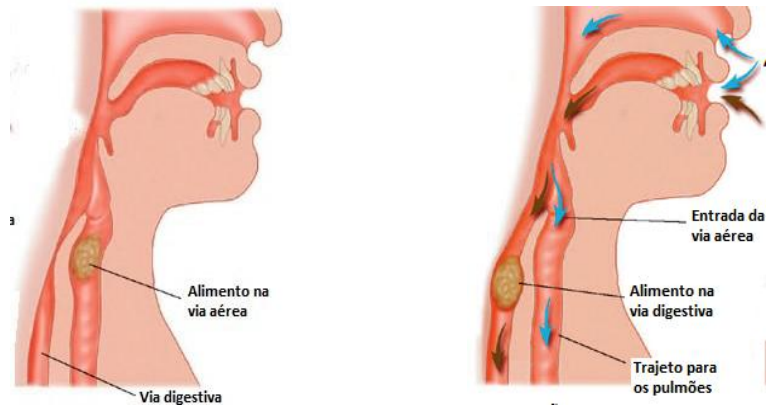


Figura 4: Aspiración traqueobronquial y deglución normal. Imagen obtenida desde repositorio de imágenes de Google académico.

5. Objetivos.

5.1 Objetivo general.

Examinar la información disponible en la bibliografía científica sobre disfagia orofaríngea funcional en ancianos institucionalizados.

5.2 Objetivos específicos.

Obtener conocimientos sobre métodos de diagnóstico precoz perteneciente a enfermería, para prevenir las complicaciones.

Instaurar las pautas de actuación apropiadas para pacientes con disfagia orofaríngea funcional o para pacientes con riesgo de padecerla, para garantizar la calidad de los cuidados.

6. Metodología

6.1 Diseño y estrategia de búsqueda.

El diseño utilizado ha sido de revisión bibliográfica narrativa.

Para ello se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos electrónicas nacionales IME, CUIDEN PLUS, COCHRANE LYBRARY, BV-SSPA e internacionales, tales como PUBMED, CINAHL, CIELO, LILACS. Además se ha empleado una búsqueda inversa usando la bibliografía de los artículos seleccionados.

La recopilación de la información ha tenido lugar entre noviembre de 2016 y febrero 2017, empleando búsqueda por palabras claves y mediante la lectura de los resúmenes.

Hemos utilizado las siguientes palabras claves para la búsqueda: disfagia, anciano, mayores de 65 años, orofaríngea, broncoaspiración, neumonía aspirativa, nutrición, cuidados.

Realizando la búsqueda simple, simple con filtros y avanzadas.

6.2 Criterios de inclusión y exclusión.

Los artículos adquiridos en las distintas bases de datos han sido revisados y elegidos con los criterios siguientes.

- ✓ Artículos disponibles a texto completo, exentos de pago.
- ✓ Artículos publicados en los últimos 12 años.
- ✓ Población de estudio “Mayores de 65 años.”
- ✓ Artículos en castellano, inglés, portugués.

Tipos de estudios: Estudios descriptivos, estudios observacionales, revisiones narrativas, revisiones sistemáticas, tesis doctorales, planes de cuidados, protocolos de práctica asistenciales, guías de práctica clínica.

6.3 Descripción general de los resultados de la búsqueda

Después de la recopilación del material, obtenido de las bases de datos científica e indexada en el gestor bibliográfico “Mendeley” se realizó otra revisión de los artículos mediante la lectura de textos completos para descartar trabajos repetidos o no correspondientes al tema elegido.

En la siguiente tabla se refleja los resultados de búsqueda en distintas bases de datos, cadenas de búsqueda utilizadas y cantidad de artículos seleccionados para el trabajo final.

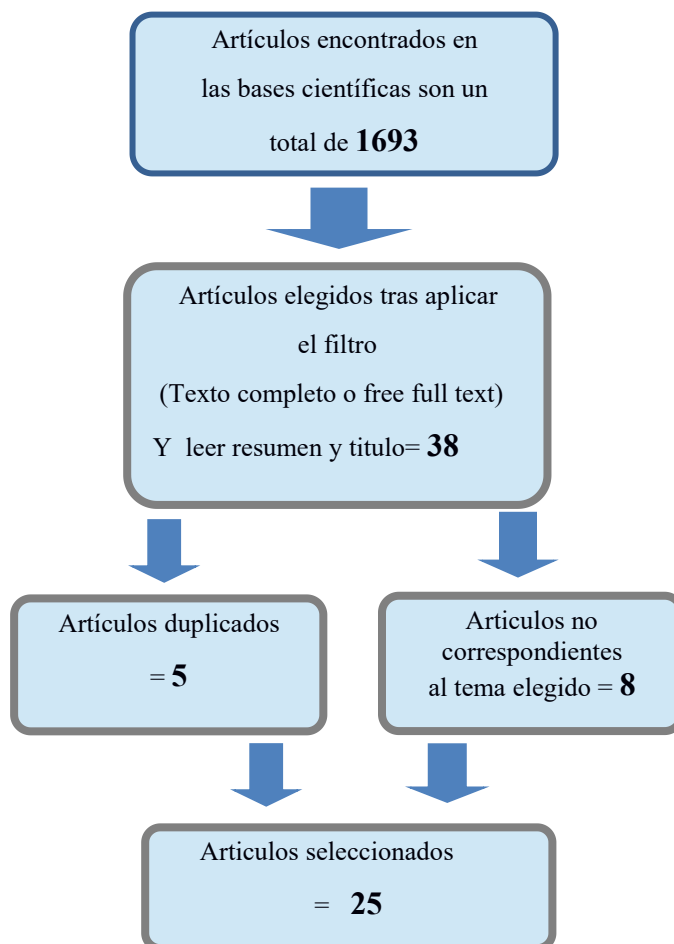
Tabla 2: Resultados de búsqueda. Elaboración propia.

BASE DE DATOS	CADENA DE BÚSQUEDA	Nº DE ARTICULOS ENCONTRADOS	Nº DE ARTICULOS REVISADOS.	Nº DE ARTICULOS INCLUIDOS
PUBMED	(oropharyngeal dysphagia) AND elderly (Deglutition disorders) AND	105	5	3
CINAHL	Dysphagia AND Elderly	10	1	1
CUIDEN PLUS	(Disfagia OR Trastorno de deglución) AND	72	3	3
IME	Disfagia orofaríngea y tratamiento.	12	9	6
COCHRANE LIBRARY	Dysphagia AND elderly	56	2	1

BASE DE DATOS	CADENA DE BÚSQUEDA	N° DE ARTICULOS ENCONTRADOS	N° DE ARTICULOS REVISADOS.	N° DE ARTICULOS INCLUIDOS
LILACS	Disfagia AND anciano	49	6	3
BV-SSPA	Disfagia y ancianos.	1381	9	6
SCIELO	Disfagia and ancianos.	9	4	2
		1694	39	25

La tabla anterior se puede resumir en un diagrama de flujo de proceso de selección de artículos.

Figura 5: Diagrama de flujo de proceso de selección de artículos. Elaboración propia.



7. Resultados.

Los artículos seleccionados se pueden agrupar en cuatro grupos.

1. Estudios descriptivos transversales, longitudinales prospectivos.
2. Revisiones sistemáticas y narrativas.
3. Protocolos asistenciales y guías clínicas.
4. Publicaciones científicas.

Se han elaborado una tabla, para exponer los resultados de cada grupo y sus principales conclusiones.

7.1 Resumen de artículos consultados y sus principales conclusiones.

Tabla 3: Resumen de artículos consultados y sus principales conclusiones. Elaboración propia.

	TITULO	AUTORES. AÑO.	TIPO DE ARTICULO.	CONCLUSIONES.
1	“Disfagia en ancianos que viven en residencias geriátricas de Barcelona”	Torres, Camacho M. José Vázquez, Perozo Martín Parellada, Sabaté Anna González, Acosta Melonia 2011	Estudio descriptivo transversal. Tamaño muestral 1777	Son fundamentales medidas dietéticas. Importancia de registrar disfagia en historia clínica. Necesidad de formar el personal para distinguir signos y síntomas de alerta.

	TITULO	AUTORES. AÑO.	TIPO DE ARTICULO.	CONCLUSIONES.
2	“Detección de disfagia en mayores institucionalizados”.	Ferrero López, María Isabell García Gollarte, José Fermín Botella Trelis, José Jorge Juan Vidal, Óscar 2011	Estudio longitudinal prospectivo. Tamaño muestral de 40 personas.	Importancia de detección precoz de disfagia, aplicando un método clínico para su detección.
3	“Prevalencia de disfagia orofaríngea en pacientes mayores de 65 años.”	Teresa de la Huerga Fernandez-Bofil, José Luis Hernández de las Heras Nuria Beatriz Llamas Sandino 2015	Estudio descriptivo transversal con tamaño muestral 161 personas	Alto porcentaje de alteración de deglución en pacientes mayores de 65 años. Importancia de diagnóstico precoz para reducir problemas de morbimortalidad.
4	“Estudio de prevalencia de disfagia e intervención con consejo dietético, en residencias de mayores de Sevilla”	Irles Rocamora, J. A. Sánchez-Duque, M. J. Valle Galindo, P. B. de Bernal López, E. Fernández Palacín, A. Almeida González, C. Torres Enamorado, D. 2009	Estudio descriptivo transversal con tamaño muestral 373 personas	Elevada prevalencia de disfagia y trastornos de deglución en los centros geriátricos. Poca eficacia de medidas estándar para pacientes con demencias severas.
5	“Disfagia orofaríngea en ancianos ingresados en una unidad de convalecencia”	Silveira Guijarro, Luis José Domingo García, V. D. Montero Fernández, N. Osuna del Pozo, C. M. Álvarez Nebreda, L.	Estudio transversal descriptivo. Tamaño muestral 86 pacientes.	Alta prevalencia de disfagia orofaríngea en ancianos con determinadas patologías previas. Importancia de utilización de MECV-V rutinario (Método de evaluación clínica volumen-viscosidad) para detección

	TITULO	AUTORES. AÑO.	TIPO DE ARTICULO.	CONCLUSIONES.
		5.Serra-Rexach, J. A. 2011		precoz de disfagia.
6	“Manejo de la disfagia en el anciano institucionalizado: Situación actual”	Ferrero López, M. I. Botella Trelis, José J. 2005	Estudio retrospectivo de complicaciones de disfagia en un hospital de media y larga distancia Estudio transversal sobre medidas adoptadas para manejo de disfagia en las residencias geriátricas de Comunidad Valenciana.	Insuficiente codificación de complicaciones en historias clínicas. Carencia de medidas dietéticas e intervenciones propuestas.
7	“Estudio de la microbiota oral y de las complicaciones respiratorias de la disfagia orofaríngea: fisiopatología, diagnóstico y tratamiento de los factores de riesgo de la disfagia orofaríngea neumonía aspirativa en pacientes de edad avanzada”	Ortega Fernández, Omar 2016	Tesis doctoral	El objetivo de la tesis doctoral es valorar los factores de riesgo de las complicaciones respiratorias de la Disfagia Orofaríngea y elaborar estrategias terapéuticas.

	TITULO	AUTORES. AÑO.	TIPO DE ARTICULO.	CONCLUSIONES.
8	“Disfagia orofaríngea en el anciano hospitalizado: prevalencia , métodos diagnósticos y cuidados de enfermería”	Maria Victoria Sanchez Pelaez 2015	Revisión bibliográfica.	Autora propone utilización de los test clínicos referidos en este artículo sistemáticamente como una herramienta valiosa para diagnosticar la disfagia orofaríngea y aplicación de protocolos propuestos.
9	“Causas y diagnóstico de la disfagia”	Velasco, M. García-Peris, P. 2009	Revisión bibliográfica	Relevancia de diagnóstico precoz, medidas por parte equipo multidisciplinar para manejo nutricional. Necesidad de exploraciones instrumentales para detectar aspiraciones silentes.
10	“Actitud a seguir ante una disfagia orofaríngea!	Clavé, P Terré, R Kraa, M De Serra, M 2005	Revisión bibliográfica	La gravedad elevada del síntoma DO con complicaciones nutricionales y respiratorias que comprometen la vida del paciente. Necesidad de estudios sobre DO.
11	“Diagnóstico y tratamiento de la disfagia orofaríngea funcional. Aspectos de interés para el cirujano digestivo”	Clavé, Pere Arreola, Viridiana Velasco, Mercedes Quer, Miquel Maria, Josep Almirall, Jordi 2007	Revisión bibliográfica	Empleo de programas de diagnóstico y tratamiento para disminuir las neumonías aspirativas y mejorar estado nutricional.

	TITULO	AUTORES. AÑO.	TIPO DE ARTICULO.	CONCLUSIONES.
12	“Disfagia orofaríngea y broncoaspiración”	J.Barroso 2009	Revisión Bibliográfica.	Como conclusión la autora propone las “tácticas compensatorias, los cambios postulares, los cambios del volumen y la viscosidad de la dieta, la higiene oral, las terapias farmacológicas.” Pone en duda el uso de sondas de alimentación.
13	“Abordaje de la disfagia en la demencia avanzada”	Gómez-Busto, Fernando Andía, Virginia Ruíz de Alegría, Loli Francis, Inés 2009	Revisión Bibliográfica	Los autores optan por alimentación oral con sus pautas y técnicas VS sonda nasogástrica.
14	“Actualización en nutrición clínica. Tratamiento nutricional de la disfagia orofaríngea”	LLamborda González, P.Gómez Enterría 2006	Revisión bibliográfica	“Diagnóstico precoz y el abordaje de problema multidisciplinario disminuyen las complicaciones y mejoran la calidad de vida de los pacientes”

	TITULO	AUTORES. AÑO.	TIPO DE ARTICULO.	CONCLUSIONES.
15	“Cómo prevenir la aspiración en los adultos mayores con disfagia”	N.Meteny 2007	Revisión bibliográfica	Autor propone las pautas a seguir durante alimentación de persona con disfagia, tanto vía oral, como por sonda nasogástrica haciendo hincapié en importancia en cuidados de la boca
16	“Abordaje clínico de la disfagia orofaríngea: diagnóstico y tratamiento”	Velasco, Maria Mercedes Arreola, Viridiana Clavé, Pere Puiggrós, Carolina 2007	Artículo publicado en la revista “ Nutrición Clínica en Medicina”	Propuesta de las medidas terapéuticas para nutrición segura y eficaz en función de los medios e información disponible.
17	“Actualización de la neumonía en el anciano”	Torres, Olga H Gil, Eva Pacho, Cristina Ruiz, Domingo 2013	Revisión Bibliográfica	Autores hablan de papel de DO en neumonía aspirativa en el anciano
18	“Identificación y manejo de la disfagia en adultos con afectación neurológica”	Ramritu p, Finlayson K, Mitchell A, Croft G Versión original traducida al castellano por: Marta Susana Torres 2005	Revisión sistemática	Estrategias de seguir para identificación y manejo enfermero de la disfagia
19	“Plan de Cuidados de Enfermería en Pacientes Geriátricos con Disfagia.”	González, D. Leno González, J. L. Leno Guerrero, Mª. J. Lozano 2004	Plan de cuidados	Autores ofrecen un plan de cuidados en la alimentación para enfermos con DO basado en los diagnósticos de enfermería

	TITULO	AUTORES. AÑO.	TIPO DE ARTICULO.	CONCLUSIONES.
20	“Cuidados en la disfagia y prevención de la aspiración”	Aragón, A.; Florez, C.I.; Galván, J.; López, J.; Naz, R.; Pérez, I.M.; Romero, A. 2010	Manual de protocolos asistenciales generales de enfermería. Hospital universitario. “Reina Sofia”	El protocolo que ofrece las intervenciones, tácticas para cuidados a los pacientes con DO
21	“Alimentación de las personas con disfagia”.	Campos, Cristina Martín Juana María Rabat Restrepo 2010	Revisión bibliográfica	Los autores ofrecen las recomendaciones dietéticas
22	“Disfagia orofaríngea en el anciano”	P.Clave 2006	Artículo, publicado en la “Revista española de Geriatria y Gerontología”	Explicación de método clínico de volumen-viscosidad como el diagnóstico clínico de DO.
23	“Disfagia orofaríngea en el anciano”	Clavé, Pere Albert Verdaguer Arreola., Viridiana 2006	Artículo, publicado en la revista “Medicina Clínica”	Descripción de las DO, su procedencia, epidemiológica, diagnóstico y tratamiento.

	TITULO	AUTORES. AÑO.	TIPO DE ARTICULO.	CONCLUSIONES.
24	“Trastornos de la deglución: un reto para el gastroenterólogo”	Ponce, Marta Garrigues, Vicente Ortiz, Vicente Ponce, Julio 2007	Artículo publicado en la revista “Gastroenterología y hepatología.”	El artículo hace descripción de disfagia, hace hincapié en clasificación de disfagia para definir el diagnóstico y tratamiento correspondiente.
25	“Disfagia.”	Ana, Rojas Corregidor, Isabel Guti, Carmen 2006	Libro. “Tratado de geriatría para residentes”	Manual básico para los profesionales que atienden a pacientes geriátricos, donde el capítulo 53 está dedicado a Disfagia en paciente geriátricos con su etiología, manifestaciones clínicas y tratamiento propuesto.

8. Discusión.

8.1. Detección precoz de DO.

La detección precoz de disfagia orofaríngea en anciano ayuda a disminuir el riesgo de desnutrición, deshidratación, aspiración y para ofrecer el tratamiento correspondiente en cada caso.

Aunque el diagnóstico y tratamiento de disfagia necesita un planteamiento multidisciplinar, pero el rol de enfermería juega un papel primordial en el diagnóstico y prevención de complicaciones, formando parte del equipo de profesionales que pasa la mayoría del tiempo con los usuarios del centro geriátrico y tiene conocimientos para identificar riesgos de posibles complicaciones respiratorias y nutricionales, determinar si hay necesidad de exploraciones complementarios y actuar como vehículo con otros profesionales para aportar los datos recopilados de cada caso de disfagia.

Para valorar las alteraciones de la deglución y para detección precoz al alcance de enfermera se encuentran diversos métodos clínicos:

1. Mediante conocimiento de la historia clínica.
2. Observación directa.
3. Exploración clínica de la deglución utilizando pruebas de cribado, tales como Test Validado EAT-10 y “Test de agua” - prueba sin bolo, prueba con bolo que es el método de exploración clínica instrumental “Test clínico volumen-viscosidad. (MECV-V)^{11’10”18}

- Exploración de historia clínica.

- ✓ Con detección de factores de riesgo.
- ✓ Patologías previas, asociadas a DOF.
- ✓ Grado de dependencia ABVD (Actividades Básicas de Vida Diaria)
- ✓ Deterioro cognitivo. (Según escalas propuestas por cada centro)

- ✓ Medicación habitual, que puede influir sobre SNC.
- ✓ Registro de episodios de atragantamientos.
- ✓ Frecuencia de infecciones respiratorias y neumonías.
- ✓ Disminución de peso en un periodo de tiempo corto.
- Observación directa, durante de consumo de comida y agua con registro de los siguientes aspectos:
 - ✓ Atragantamientos frecuentes con o sin presencia de tos (Sospecha de una aspiración.)
 - ✓ Voz húmeda. (Indicios de secreciones en la glotis con penetración y aspiración de las mismas.)⁶
 - ✓ Presencia de babeo.
 - ✓ Múltiples intentos de deglutir.
 - ✓ Restos alimenticios en la boca
 - ✓ Regurgitación de alimentos a través de fosas nasales
 - ✓ Lentitud para iniciar la deglución y/o retraso en la deglución (más de cinco segundos)^{9,12}
- Exploración clínica de deglución.

Para recoger los datos para la valoración de estado de deglución, la enfermera posee en su alcance las herramientas que permiten la detección precoz del deterioro de deglución.

- ✓ Test de despistaje de disfagia EAT (Eating Assessment Tool)-10.

Es un cuestionario simple, que contiene 10 preguntas, elaborado por un colectivo multidisciplinar de expertos especializados en digestología,, otorrinolaringología logopedia y nutrición..

Preguntas del “Test de despistaje de disfagia EAT 10”

- “1. Mi problema para tragar me ha llevado a perder peso.”
- “2. Mi problema para tragar interfiere con mi capacidad para comer fuera de casa.”
- “3. Tragar líquidos me supone un esfuerzo extra.”
- “4. Tragar sólidos me supone un esfuerzo extra.”
- “5. Tragar pastillas me supone un esfuerzo extra.”
- “6. Tragar es doloroso.”
- “7. El placer de comer se ve afectado por mi problema para tragar.”
- “8. Cuando trago, la comida se pega en mi garganta”
- “9. Toso cuando como”
- “10. Tragar es estresante”

Donde el paciente responde cada pregunta de manera personal en una escala de cinco puntos (0-4 puntos),

Cero puntos (0) nos indica a ausencia de problema.

Puntuación menor a 3→ cribado negativo

Puntuación mayor o igual a 3→ cribado positivo.

A los pacientes que han obtenido puntuación positiva mayor o igual a 3, se realizan otros métodos de exploración clínica.

Condiciones para realizar el cribado.

Los entrevistados tienen que estar conscientes y orientados sin alteraciones cognitivas que pueda dificultar la comprensión de las preguntas.

Limitación.

No se puede aplicar a los ancianos con demencias en los estados avanzados y con deterioro cognitivo severo.¹¹

✓ Test de agua.

Consiste en administración de sorbos de agua de diferentes volúmenes.

Para empleo de este método es conveniente tener un aspirador de secreciones a mano

El paciente debe estar incorporado y monitorizado con un pulsioxímetro.

Con una jeringa de alimentación se le administran 10 ml de agua y se observa si hay signos alteración de deglución y signos de compromiso de respiración.

La prueba se repite 4 veces, empieza con volumen de agua 10ml y finaliza con volumen de 50 ml.

Se aconseja repetir durante 4 días en cada turno de enfermera, para sacar conclusiones definidas.

Es un método simple, que no requiere condiciones especiales para realizarlo.

Desventaja.

El método no puede detectar las aspiraciones silentes, además expone al paciente al riesgo de sufrir aspiraciones al administrar grandes volúmenes de agua.⁵

✓ Test clínico volumen-viscosidad. (MECV-V)

Todos los autores coinciden en su opinión, mediante esta prueba se puede detectar precozmente posibles trastornos de seguridad y eficacia de la deglución, además puede aportar información útil para definir tipo de bolo de volumen y viscosidad en alimentación que se puede administrar al paciente.^{5'13'20}

Es el método de exploración clínica volumen-viscosidad (MECV-V), elaborado por el Dr. Clavé y su equipo.⁸ se realiza con el paciente en sedestación y monitorizado con el pulsioxímetro continuamente.

Se administran bolos de tres tipos de volumen (5, 10,20 ml) con tres tipos de viscosidades (viscosidad líquida, néctar, puding.)

La prueba empieza con el bolo de viscosidad néctar y de volumen bajo, aumentando el volumen. Siguiendo etapa con administración de viscosidad líquida

(agua) y, finalmente, con la viscosidad pudding, en los dos casos aumentando el volumen gradualmente.

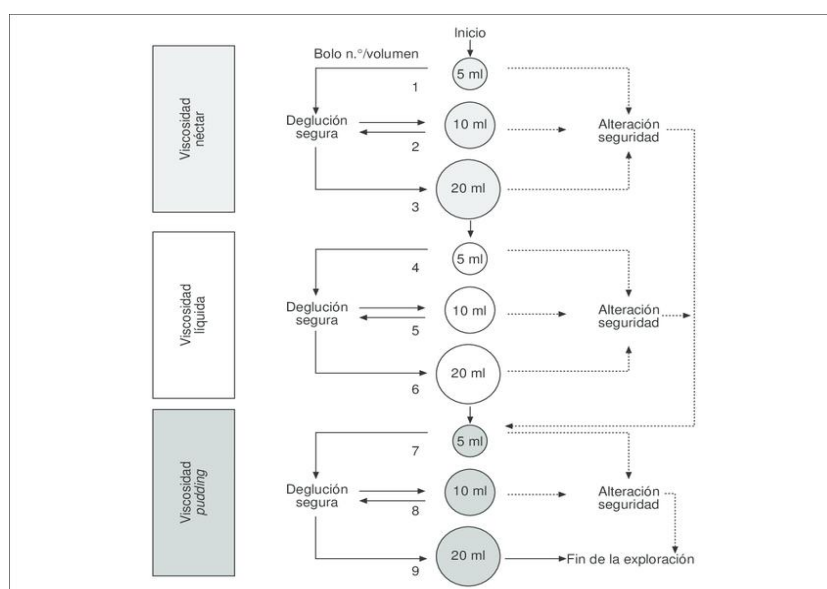
Durante la prueba se registra si hay aparición de signos de alteración de la seguridad tales como tos, disminución de la saturación basal de oxígeno más de un 5% y cambio del tono de voz y/o de la eficacia: sello labial incompleto, restos alimenticios orales o faríngeos y deglución fragmentada.

Con aparición del algún signo de compromiso la seguridad del paciente, no se excede ni a un volumen mayor, ni a una viscosidad inferior.

Con presencia de algún tipo de compromiso de seguridad y eficacia, se concluye que la prueba ha sido positiva.

Según resultado de prueba a nivel de enfermería se puede determinar las pautas dietéticas y medidas de adaptación de viscosidad de líquidos.²¹

Figura 6: Algoritmo del Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad. Extraído del artículo de P.Clave et al. “Diagnóstico y tratamiento de la disfagia orofaríngea funcional. Aspectos para cirujano digestivo.



8.2 Recomendaciones para tratar la disfagia orofaríngea.

El enfoque terapéutico de DO tiene dos objetivos principales que seguir: SEGURIDAD y EFICACIA de deglución.

Como estaba dicho anteriormente, el tratamiento de disfagia es una tarea multidisciplinar, que requiere implicación de todo el equipo de los centros socio-sanitarios. Los auxiliares, enfermeras, personal de cocina, logopedas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, médicos-nutricionistas.

En la siguiente figura se resume las estrategias principales para abordaje de DO, tales como modificación de la consistencia de los alimentos y líquidos, modificación de las posturas, suplementos orales y alimentación por sonda

Los que están en alcance de enfermería son modificación de la consistencia de los alimentos y líquidos, modificación de posturas y cuidados a los pacientes con sonda.

Figura7: Organigrama del tratamiento de la disfagia orofaríngea. Extraída del artículo de Velasco MM, Arreola V, Clavé P, Puiggrós C. Abordaje clínico de la disfagia orofaríngea: diagnóstico y tratamiento.



● Modificación de consistencia de los alimentos.

Con la dieta de cocina habitual no siempre puede satisfacer las demandas de cuerpo en agua, nutrientes y calorías para preservar un estado óptimo de nutrición, por eso es necesario insertar algunas modificaciones en la dieta. Para ello, se adapta la textura de los alimentos sólidos y líquidos para conseguir un incremento de la eficacia y la seguridad de la deglución, mejorando la ingesta hídrica y calórica.

✓ Adaptación de alimentos sólidos.

Se ofrece cuatro tipos de dietas con cinco tipos de texturas diferentes.

1. Dieta normal, alimentos con cualquier tipo de textura.

2. Dieta de fácil masticación. Textura E y D

En un principio es una dieta normal, de masticación suave, incluyendo los alimentos jugosos no triturados, con salsas espesas, de composición blanda, se pueden trocear con tenedor.

3. La dieta manipulada mecánicamente o alimentación básica adaptada, correspondiente a textura C. Dieta de muy fácil masticación.

Se aconsejan en alteraciones en nivel faríngeo de la deglución.

Requiere masticación muy suave con formación fácil de bolo alimenticio

En esta dieta no permite mezclar las consistencias, excluidos los alimentos que al partirlos se fragmentan en piezas duras, se puede añadir espesantes, para aumentar su firmeza. Se puede comer con cuchara o tenedor.

4. La dieta triturada con texturas A y B. Puré.

Es aconsejable con alteraciones en la fase preparatoria y oral de la deglución con, cuando existe dificultad para formar el bolo por problemas con la dentadura o presencia de mal sellado labial. También está aconsejado en alteraciones de la fase faríngea.

Es dieta con texturas de puré líquido y uniforme, solo puede comer con cuchara. Para la elaboración de esta dieta hay que tener en cuenta varios aspectos:

No mezclar los alimentos con consistencia diferente, se evita los alimentos duros y fibrosos y con semillas y pieles.^{22 '23}

✓ **Modificación de consistencia de los líquidos.**

Para asegurar la seguridad de hidratación del paciente con DO es imprescindible adaptar la textura de líquido. Porque los líquidos espesados enlentecen su fluido hacia faringe aumentando la seguridad deglutoria y reduciendo riesgo de aspiración.

Existen cuatro niveles de viscosidades de líquidos, que se administran a los usuarios con DO:

1. Viscosidad líquido claro.	2. Viscosidad néctar.	3. Viscosidad miel	4. Viscosidad pudding.
Dieta normal para los pacientes sin alteraciones de deglución.	Los líquidos se puede beber con una taza , sosteniendo una cañita.	Se puede tomar con una taza o cuchara. No pasa por cañita.	Se debe tomar con una cuchara.
Puede ser agua, infusiones,zumos, caldo normal.	Al caer de cuchara forma un hilo.	Al caer de cuchara forma gotas espesas.	Al caer se forma bloques.

Tabla 4. Niveles de viscosidad de líquidos. Elaboración propia.

Se consigue la modificación de textura con espesantes comerciales, que pueden tener la presentación en forma de polvo para agregar a los líquidos y alimentos, en forma de bebidas de textura espesada y agua gelificada. ¹⁰

- Estrategias de aumento de sensibilidad oral.

Las estrategias de aumento de sensibilidad oral y faríngea son eficaces cuando en un paciente se aprecia un retraso para comenzar la deglución.

- ✓ Estimulación térmica/táctil.

Se proporcionan alimentos de diferentes temperaturas (fríos o calientes) que provoca el inicio del mecanismo de deglución

- ✓ Cambio de sabores.

Se cambia un sabor por otro de diferentes gustos (de ácido a amargo, de dulce a salado). Los ácidos actúan estimulando la deglución.

- ✓ Estimulación de salivación.

Los olores y la apetecible presencia de alimentos producen la salivación necesaria para deglutir.²⁴

- Otros consejos dietéticos.

El uso de gelatinas que están en venta en supermercados es totalmente desaconsejables para pacientes con DO porque no guardan su consistencia en contacto con el calor y la saliva de la boca y se transforman en líquido.¹⁰

No es recomendable el uso de jeringa para la alimentación oral porque que puede provocar las broncoaspiraciones, por no poder apreciar si la deglución ha concluido. El uso de cuchara aporta efecto beneficioso, porque actúa sobre la lengua sirve de estímulo deglutorio.

El mantenimiento de higiene bucal antes y después de administración de la alimentación ayuda a prevenir aspiraciones que están provocadas por residuos alimenticios en la boca.¹⁶

- Modificación de la postura y las maniobras de deglución.

Modificación de la postura incluye técnicas posturales, con objetivo de proteger vía aérea para evitar las aspiraciones y atragantamientos y prevenir complicaciones respiratorias.

- ✓ Postura principal.

La persona a la que vamos a administrar los alimentos e hidratación tiene que estar sentada recta con 90° de flexión de rodillas y la cadera, línea media, la cabeza ligeramente flexionada y la barbilla hacia abajo. Eso permite cerrar la vía aérea, para protegerla de aspiraciones. El cuidador tiene que estar posicionado en la misma altura o ligeramente por debajo del nivel de los ojos del cuidado.^{24 ' 26 '27}

- ✓ Paciente con parálisis unilateral.

Se aconseja rotar la cabeza hacia parte de cuerpo lesionado, inclinando el cuello con la barbilla hacia el lado dañado, por lo que se queda libre el lado sano. De esa manera el bolo se dirige hacia el lado no lesionado, se disminuye la cantidad de residuos en el dorso de la lengua y en hipofarínge y favorece la apertura de EES.^{23'26}

- Alimentación con sonda.

De parte de enfermería se puede ofrecer los cuidados a los pacientes con sonda. Principalmente modificación postural, para prevenir aspiraciones y después de alimentación dejar al paciente sentado un tiempo con ángulo de 90 °, con el mismo objetivo de evitar aspiración de los alimentos, en caso de vaciado gástrico lento.

Sin embargo, el uso de sondas nasogástricas de alimentación según la información analizada en los artículos de esta revisión bibliográfica, no es aconsejable como una medida terapéutica para un periodo largo y permanente.

No hay ninguna evidencia científica, que confirma mejora de la calidad de vida de paciente con sonda nasogástrica por la incomodidad propia para el paciente, por presencia de conductas de agitación, sobre todo en los pacientes con deterioro cognitivo.¹³ Además, no protege de las aspiraciones, no alarga la vida del paciente,

no previene colonización de las secreciones orales, no restablece los parámetros nutricionales.^{5'10}

9. Conclusiones.

Después de la indagación de toda la información obtenida con esta revisión bibliográfica, hemos concluido los puntos más relevantes para las intervenciones y diagnósticos de enfermería en un centro socio-sanitario respecto a la disfagia orofaríngea funcional:

1. Formación de personal y sensibilización sobre el problema a todo el equipo multidisciplinar.

Formación de personal que realiza los cuidados diarios. Concienciar sobre la importancia de una detección precoz de disfagia orofaríngea, explicando la anatomía y fisiología de la deglución, describiendo sus manifestaciones clínicas, signos, factores de riesgo, enseñando las técnicas de alimentación y modificaciones posturales.

Proponer el registro diario de las incidencias de ingesta, para tener constancia de evolución de este síntoma.

Llamamiento a todo el equipo multidisciplinar para que se preste una atención especial a los usuarios con disfagia o con sospecha de ello, para elaborar un conjunto de estrategias terapéuticas destinadas a garantizar una deglución eficaz y segura al paciente, con el objetivo de prevenir complicaciones y evitar instauración de sondas nasogástricas de alimentación.

2. Conocimiento de la Historia Clínica.

Revisión de la historia clínica, haciendo hincapié a las patologías previas, así como los factores de riesgo para desarrollar la disfagia orofaríngea.

Revisión de historia clínica prestando atención a los episodios de atragantamientos, frecuencia de infecciones respiratorias, junto con patologías previas.

3. Aplicación rutinaria del método clínico de detección temprana de la disfagia orofaríngea.

Después de identificar las personas con disfagia ya diagnosticada o con sospechas de tenerla, se aplica el método de detección temprana de disfagia orofaríngea, MECV-V.

Es de mucha importancia, que se establezca éste método de detección como una rutina programada en un centro geriátrico. Por su aplicación fácil, apto para todos los estadios de disfagia, deterioro cognitivo de cualquier persona y accesible por su coste económico y permite determinar la viscosidad y cantidad de bolo que puede ofrecer a cada paciente individualmente.

4. Establecimiento de pautas de los cuidados.

Una vez detectada la forma de alimentar e hidratar a cada persona con DO, en relación de viscosidad y volumen de bolo se registra en la historia clínica y las pautas concluidas para cada persona con DO, en individual se hace llegar a todo el personal, en caso necesario, una vez impreso, se deja a la vista e incluida en la historia clínica.

5. Otros.

Tener en cuenta, que el uso de sondas de alimentación se puede emplear como una media provisional y como último recurso, cuando todos los métodos existentes para el abordaje de la disfagia no han proporcionado ningún beneficio.

10. Anexos.



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?			
1 Mi problema para tragar me ha llevado a perder peso 0 = ningún problema 1 2 3 4 = es un problema serio		6 Tragar es doloroso 0 = ningún problema 1 2 3 4 = es un problema serio	
2 Mi problema para tragar interfiere con mi capacidad para comer fuera de casa 0 = ningún problema 1 2 3 4 = es un problema serio		7 El placer de comer se ve afectado por mi problema para tragar 0 = ningún problema 1 2 3 4 = es un problema serio	
3 Tragar líquidos me supone un esfuerzo extra 0 = ningún problema 1 2 3 4 = es un problema serio		8 Cuando trago, la comida se pega en mi garganta 0 = ningún problema 1 2 3 4 = es un problema serio	
4 Tragar sólidos me supone un esfuerzo extra 0 = ningún problema 1 2 3 4 = es un problema serio		9 Toso cuando como 0 = ningún problema 1 2 3 4 = es un problema serio	
5 Tragar pastillas me supone un esfuerzo extra 0 = ningún problema 1 2 3 4 = es un problema serio		10 Tragar es estresante 0 = ningún problema 1 2 3 4 = es un problema serio	
A. PUNTUACIÓN			
Suma el número de puntos y escriba la puntuación total en los recuadros. Puntuación total (máximo 40 puntos)			
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.			

Referencia: Belafsky et al. Validity and Reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10). Annals of Otolaryngology & Laryngology. 2008; 117 (12):919-24.

11. Bibliografía.

1. Instituto Nacional de Estadística. Proyecciones de Población. 2016-2066. Nota de prensa de 20.10.2016. Consultado 12.02.2017. Disponible: http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operación.htm?c=Estadística_C&cid=1254736176953&menu=ultiDatos&idp=1254735572981)
2. Instituto Nacional de Estadística. Censo de población 2011.
Nota de prensa de 07.05.2013 Consultado 12.02.2017
Disponible:(http://www.ine.es/censos2011_datos/cen11_datos_características_col.htm)
3. Ferrero López MI, Botella Trelis JJ. Manejo de la disfagia en el anciano institucionalizado: Situación actual. Vol. 17, Nutrición Hospitalaria. 2005. p. 168–74.
4. Clavé P. Oropharyngeal dysphagia in the elderly. Rev Esp Geriatr Gerontol . 47(4):139–40.
5. Barroso J. Disfagia orofaríngea y broncoaspiración. Vol. 44, Revista Española de Geriatria y Gerontologia. 2009. p. 22–8.
6. Velasco M, García-Peris y P. Causas y diagnóstico de la disfagia. Nutr Hosp. 2009; 2(2) (1888–7961):56–65.
7. Ponce M, Garrigues V, Ortiz V. Trastornos de la deglución: un reto para el gastroenterólogo. Gastroenterologia y Hepatologia. 2007; 30(8):487–97.
8. Clavé P, Albert Verdager, Arreola. V. Disfagia orofaríngea en el anciano. Med Clin (Barc). 2006; 16(19):37–41
9. Jiménez-Rojas, C., Corregidor-Sánchez, A. I. Gutiérrez-Bezón. Disfagia. 2007. Tratado de geriatría para residentes. Cap, 53, 290-293.
10. L Lamborda González PGE. Tratamiento nutricional de la disfagia orofaríngea. Rev. Endocrinol y Nutr. 2006; 53(tabla 1):309–14.

11. Fernández-Bofill T de la H, Heras JLH de las, Sandino Nuria Beatriz Llamas. Prevalencia de disfagia orofaríngea en pacientes mayores de 65 años. *Metas de enfermería* 2015; 118(9):49–55.
12. Ramritu p, Finlayson K, Mitchell A, Croft G , original traducida al castellano por:Marta Susana Torres . Identificación y manejo de la disfagia en adultos con afectación neurológica. *Best Pract.* 2005; 4(2):1–6.
13. Gomez-Busto F, Andia V, Ruiz de Alegria L, Francis I. Abordaje de la disfagia en la demencia avanzada. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2009;44(SUPPL. 2):29–36.
14. Ferrero López MI, García Gollarte JF, Botella Trelis JJ, Juan Vidal O. Detección de disfagia en mayores institucionalizados. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2012;47(4):143–7.
15. Irlés Rocamora JA, Sánchez-Duque MJ, Valle Galindo PB de, Bernal López E, Fernández Palacín A, Almeida González C, et al. Estudio de prevalencia de disfagia e intervención con consejo dietético, en residencias de mayores de Sevilla. *Nutr Hosp* 2009.
16. Torres C Mj, Vázquez PM, Parellada SA, Gonzalez AMe. Disfagia en ancianos que viven en residencias geriátricas de Barcelona. *Gerokomos* 2011;22(1):20–4.
17. Torres OH, Gil E, Pacho C, Ruiz D. Actualización de la neumonía en el anciano. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2013;48(2):72–8.
18. Clavé P, Terré R, Kraa M De, Serra M. Actitud a seguir ante una disfagia orofaríngea. *Rev Española de Enfermería. Digit.* 2005;96(2):119–31.
19. González DL, González JLL, Guerrero MJL. Plan De Cuidados De Enfermería En Pacientes Geriátricos Con Disfagia. *Enfermería Glob* 2004;3(1):1–7.
20. Silveira Guijarro LJ, Domingo García VD, Montero Fernández N, Osuna del Pozo CM, Álvarez Nebreda L, Serra-Rexach JA. Disfagia orofaríngea en ancianos ingresados en una unidad de convalecencia. *Nutr Hosp.* 2011;26(3):501–10.
21. Clavé P, Arreola V, Velasco M, Quer M, Maria J, Almirall J. Diagnóstico y tratamiento de la disfagia orofaríngea funcional . Aspectos de interés para el cirujano digestivo. *Cir Española.* 2007;82(2):62–76.

22. Pelaez. MVS. Disfagia orofaríngea en el anciano hospitalizado : prevalencia , métodos diagnósticos y cuidados de enfermería. Nuberos Cient. 2015;2(15):49–56.
23. Campos CM, Juana María Rabat Restrepo. Alimentación de las personas con disfagia. Soc Andaluza Nutr Clínica y Dietética. 2010.
24. Velasco MM, Arreola V, Clavé P, Puiggrós C. Abordaje clínico de la disfagia orofaríngea: diagnóstico y tratamiento. Nutr Clínica en Med.. 2007;1(3):174–202.
25. Aragón, A.; Florez, C.I.; Galván, J.; López, J.; Naz, R.; Pérez, I.M.; Romero A. Cuidados en la disfagia y prevención de la aspiración. Man Protoc y Pprocedimientos Gen Eenfermería Hosp Universitario “REINA SOFIA.” 2010;1–7.
26. Meteny. NA. Cómo prevenir la aspiración en los adultos mayores con disfagia. Hartford Inst Geriatr Nursing, Coll Nursing, New York Univ. 2007;20.
27. Ortega Fernández O. Estudio de la microbiota oral y de las complicaciones respiratorias de la disfagia orofaríngea: fisiopatología, diagnóstico y tratamiento de los factores de riesgo de la disfagia orofaríngea y la neumonía aspirativa en pacientes de edad avanzada . Tesis Doctoral. Universitat Autònoma de Barcelona; 2016