



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Ciencias de la Salud

Trabajo Fin de Grado

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL DETERIORO DE LA DEGLUCIÓN PARA LA REDUCCIÓN DE COMPLICACIONES EN PACIENTES CON ALZHEIMER: REVISIÓN NARRATIVA

Alumno/a: María Checa Liébana

Tutor/a: Prof. D. José Luis Liébana Fernández

Dpto: Enfermería.

Mayo, 2022

Agradecimientos

A todos los docentes que forman parte de esta bonita y especial titulación como es la Enfermería, por todos los conocimientos que me habéis brindado.

A mi tutor de trabajo de fin de grado, José Luis Liébana Fernández, por su dedicación, paciencia, implicación, ayuda y apoyo en todo momento.

A todos mis amigos que he tenido la suerte de conocer durante estos cuatro años de carrera. Estoy segura de que la Enfermería en un futuro laboral está en buenas manos si vosotros formáis parte de ella.

A los pilares de mi vida; mi familia. En especial, a mis padres y mi hermana. Por no soltarme nunca la mano, por haber creído en mí incondicionalmente y por enseñarme que todo esfuerzo, siempre tiene su recompensa. Por haberme enseñado que por muy difícil que sea el camino, siempre se puede un poquito más y que nunca hay que rendirse. Hoy soy quien soy, gracias a vosotros.

Y por último, a ti abuela. Has sido la fuente de mi inquietud personal. Porque a pesar de que tu voz ya no sea capaz de hacer ruido, con tus ojos y tu sonrisa me basta para saber que aún me reconoces.

INDICE

0. Resumen/Abstract.....	2-3
1. Introducción.....	4
1.1 Alzheimer.....	4-5
1.1.1 Epidemiología de la Enfermedad de Alzheimer.....	5-6
1.1.2 Evolución de la Enfermedad de Alzheimer.....	6-7
1.1.3 Factores de riesgo de la Enfermedad de Alzheimer.....	7-8
1.2 Disfagia.....	8-9
1.3 Complicaciones de la Enfermedad de Alzheimer y Disfagia.....	9-10
1.4 Afectación familiar.....	11
1.5 Detección precoz de la disfagia: Método exploración clínica volumen- viscosidad (MECV-V).....	11-13
1.6 Rol de la Enfermería en el manejo de la disfagia en pacientes con Alzheimer.....	14-15
1.6.1 Medidas generales, ambientales y posturales.....	15-16
1.7 Justificación.....	16-17
2. Objetivos.....	17
3. Metodología.....	17
3.1 Diseño.....	17-18
3.2 Estrategia de búsqueda.....	18
3.2.1 Criterios de inclusión.....	19
3.2.2 Criterios de exclusión.....	19
3.2.3 Otros recursos.....	19
3.2.4 Metodología: Resultados generales de la búsqueda.....	19-20
4. Resultados.....	21
4.1 Cochrane.....	21
4.2 Medline.....	22
4.3 Lilacs.....	23
4.4 Scopus.....	23
4.5 Pubmed.....	24-25
4.6 Análisis Resultados.....	25-27
5. Discusión.....	28-29
6. Conclusiones.....	29
7. Bibliografía.....	29-35
8. Anexos.....	35-41

RESUMEN

Introducción: Una de las causas más frecuentes de demencia es la Enfermedad de Alzheimer. A medida que va avanzando el grado/nivel de esta enfermedad, el paciente se vuelve cada vez más dependiente y vulnerable. La disfagia es un trastorno de la deglución que prevalece en pacientes con Enfermedad de Alzheimer. La combinación de ambos diagnósticos deriva en unas complicaciones muy graves (Como por ejemplo la aspiración, la neumonía por aspiración, la desnutrición, la deshidratación, la institucionalización, etc.) las cuales, están asociadas al aumento de la incidencia en cuanto a morbilidad, mortalidad, frecuencia de ingresos, entre otros muchos. Debido a esto, un diagnóstico precoz a través de una correcta evaluación y manejo de la disfagia cobra gran importancia para la reducción de las complicaciones que se derivadas de estos diagnósticos. Este trabajo comprende las recomendaciones y/o cuidados más eficaces para su tratamiento basadas en la evidencia científica disponible. **Objetivo:** Analizar la bibliografía científica disponible para la elaboración de una revisión narrativa y así conocer los cuidados de enfermería en el deterioro de la deglución para la reducción de complicaciones en pacientes con la Enfermedad de Alzheimer. **Metodología:** Tras la elaboración de cadenas de búsqueda correspondientes a cada base de datos, se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las diferentes bases de datos que adquieren gran relevancia para Enfermería: Cochrane, Cuiden plus, Cinahl, Medline, Lilacs, Scopus, Pubmed, Enfermería al día y Science Direct. **Resultados:** La revisión costa de diez estudios, en los cuales se han identificado 4 estrategias definidas para la reducción de las complicaciones derivadas de la EA y la disfagia: La modificación de la textura de la alimentación y líquidos, sondaje nasogástrico para alimentación tuboenteral, sondas gástricas percutáneas, sondas de gastrostomía y el cambio postural. **Conclusiones:** En la revisión narrativa realizada nos deja constancia de la falta de evidencia científica a pesar de su elevada incidencia y gravedad. El uso de espesantes para la modificación de la textura de los alimentos y líquidos a las necesidades de cada paciente y el cambio postural, serían las intervenciones más eficaces para la reducción de las complicaciones (Deshidratación, desnutrición, disminución aspiración y neumonía, reducción de ingresos...). El uso de sondas de alimentación son muy

frecuentes pero no reducen las complicaciones y es más invasivo para nuestro paciente el periodo de tiempo de ingreso se alargue mucho más con sonda.

ABSTRACT

Introduction: One of the most frequent causes of dementia is Alzheimer's disease. As the degree/level of this disease progresses, the patient becomes increasingly dependent and vulnerable. Dysphagia is a swallowing disorder that it is prevalent in patients with Alzheimer's disease. The combination of both diagnoses leads to very serious complications (such as aspiration, aspiration pneumonia, malnutrition, dehydration, institutionalization, etc.) which are associated with an increased incidence in terms of morbidity, mortality , income frequency, among many others. Due to this, an early diagnosis through a correct evaluation and management of dysphagia is of great importance for the reduction of the complications derived from these diagnoses. This work includes the most effective recommendations and/or care for its treatment based on the available scientific evidence. **Objective:** To analyze the scientific bibliography available for the elaboration of a narrative review to know the nursing care in the deterioration of swallowing for the reduction of complications in patients with Alzheimer's Disease. **Methodology:** After the elaboration of search chains corresponding to each database, a bibliographic search has been carried out in the different databases that acquire great relevance for Nursing: : Cochrane, Cuiden plus, Cinahl, Medline, Lilacs, Scopus, Pubmed, Nursing to day and Science Direct. **Results:** The review included ten studies, in which, four defined strategies have been identified for the reduction of complications derived from Alzheimer's Disease and dysphagia: Modification of the texture of food and liquids, nasogastric tube for tube-enteral feeding, percutaneous gastric tubes, gastrostomy tubes and the change posture. **Conclusions:** In the narrative review carried out, we are aware of the lack of scientific evidence despite its high incidence and severity. The use of thickeners to modify the texture of food and liquids to the needs of each patient and postural change, would be the most effective interventions to reduce complications (dehydration, malnutrition, decreased aspiration and pneumonia, reduced admissions ...). The use of feeding tubes is very frequent but they do not reduce complications and it is more invasive for our patient, the hospitalization period is much longer with a tube.

1. INTRODUCCIÓN

Según la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG), la demencia se define como: “Síndrome que ha de entenderse como un declinar de funciones superiores, entre ellas la memoria, en relación con el nivel previo de los pacientes. Adicionalmente, completando el cuadro sintomático, se suelen sumar alteraciones psicológicas y del comportamiento, produciendo en el sujeto una discapacidad progresiva.” ¹

Para que se llegue a considerar un síndrome demencial debe de reunir una serie de características: Tener presente un nivel de conciencia normal que haya sido adquirido y que continúe presente en el tiempo, que se vean afectadas las diferentes funciones con una intensidad suficiente para repercutir tanto en el funcionamiento laboral, como personal o social de dicha persona. ¹

El ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad creó en 2016 una estrategia en enfermedades neurodegenerativas del Sistema Nacional de Salud (SNS), en el cual nos indica que pueden distinguirse distintos tipos de demencias, entre los cuales podemos encontrar: “Demencias degenerativas primarias (Enfermedad de Alzheimer (EA)), Demencia Frontotemporal (DFT), Demencia por Cuerpos de Lewy (DCL), Demencia relacionada con Parkinson (PDD), Demencias secundarias y Demencias mixtas (De etiología múltiple).” ²

Entre los distintos tipos de demencia mencionados anteriormente, cabe destacar que la causa más frecuente de demencia es la enfermedad del Alzheimer (EA) en personas mayores de 65 años. ³

1.1 ALZHEIMER

Podemos definir el Alzheimer como una enfermedad neurodegenerativa que primeramente afecta a la pérdida de memoria de tiempo reciente, la incapacidad de retener nueva información y por consiguiente a otras funciones cognitivas provocando la incapacidad para realizar las actividades de la vida diaria. ³

Actualmente, no se conoce cuál es la causa exacta de la enfermedad de Alzheimer (EA). Varios estudios relacionan correlativamente la Enfermedad del Alzheimer con la muerte de las células neurológicas (Neuronas). Se ha considerado que la muerte neuronal se

asocia a una aglutinación de proteínas anormal en dichas células. “En las personas con EA, podemos encontrarnos en sus cerebros nudos neurofibrilares (Fragmentos de 4 proteínas enrolladas en las neuronas), placas neuróticas (acumulaciones de células nerviosas muertas y que están muriendo, además de otras células cerebrales y proteínas) y placas seniles (zonas en las que se acumulan productos de neuronas muertas situadas alrededor de proteínas), también se localizan depósitos de β -amiloide. Es cierto que estos cambios aparecen en cierta medida en los cerebros a causa del envejecimiento, pero la proporción aumenta cuando se trata de personas con la enfermedad de alzheimer”.⁴

1.1.1 Epidemiología de la Enfermedad de Alzheimer

Según las estadísticas mundiales del Global Burden Disease Study: “La EA se ha convertido en una de las enfermedades que tuvo un crecimiento más rápido entre las 50 causas principales de pérdida de la vida en el periodo entre 1990 y 2013”.³ Así mismo, con el crecimiento aumentado de la población anciana mundial, el número de enfermos de Alzheimer también se ve incrementado año tras año.³

En las afirmaciones basadas en los datos de la Sociedad Española de Neurología (SEN), encontramos que: “Actualmente padecen la Enfermedad de Alzheimer unas 800.000 personas en España. El Alzheimer no es solo la principal causa de demencia en todo el mundo, sino también la enfermedad que mayor discapacidad genera en personas mayores en España y, por lo tanto con uno de los mayores gastos sociales.”⁵

De esas 800.000 personas que padecen Alzheimer en España, según los datos recogidos en el Instituto Nacional de Estadística (INE), la población femenina diagnosticada con la Enfermedad de Alzheimer tiene la mayor parte de porcentaje con un 41%. Sin embargo, la población masculina diagnosticada con la Enfermedad de Alzheimer pertenece al 9% restante de ese 50%. Por lo que se puede decir que el 50% total de la población padece Alzheimer, el otro 50% no lo padece o no está diagnosticado.⁵ (Anexo 1)

En España se diagnostica cada año alrededor de unos 40.000 nuevos casos de EA, de las cuales 31.955 personas son mujeres y 7.198 son hombres. Se considera que el 80% de los casos de Alzheimer que todavía son leves están sin diagnosticar y que alrededor del 30 y el 40% de los casos totales también lo estarían. Esta situación produce un

impedimento en cuanto a la instauración precoz de tratamientos farmacológicos y no farmacológicos que enlentecen el deterioro cognitivo y controlan los trastornos de la conducta, ya que existen fármacos que consiguen mantener durante un tiempo el estado neuropsicológico y funcional del paciente. ⁵

1.1.2 Evolución de la Enfermedad de Alzheimer

La afectación de la enfermedad del Alzheimer a cada persona es totalmente diferente, ya que depende de la personalidad de la persona y del impacto de la enfermedad antes de padecerla. Los signos y síntomas relacionados con la demencia se pueden entender en tres etapas: ⁶

✚ Etapa temprana: El inicio es bastante lento, por lo que esta etapa la mayoría de las veces pasa desapercibida. Los síntomas más comunes de esta etapa son:

- Tendencia al olvido
- Pérdida de la noción del tiempo
- Desubicación espacial. ⁶

✚ Etapa intermedia: Los signos y síntomas a medida que la enfermedad del Alzheimer va evolucionando son más visibles y más limitadores. Los síntomas más comunes de esta etapa son:

- Olvido de acontecimientos recientes, nombres de personas.
- Desubicación en su propio hogar
- Dificultad para la comunicación
- Ayuda con el aseo y cuidado personal
- Cambios comportamentales
- Repetición de palabras o de las mismas preguntas. ⁶

✚ Etapa tardía: La dependencia y la inactividad se apoderan totalmente de la persona en esta última etapa de la enfermedad. . Los síntomas más comunes de esta etapa son:

- Alteraciones de la memoria gravemente comprometidos
- Los síntomas y signos físicos son mucho más visibles
- Aumento de la desubicación espacio y tiempo
- Dificultad en el reconocimiento de amigos y familiares
- Aumento de la necesidad de ayuda para las actividades de la vida diaria

- Dificultad para caminar
- Alteraciones comportamentales que pueden derivar en agresiones.⁶

1.1.3 Factores de riesgo de la Enfermedad de Alzheimer

La Sociedad Española de Neurología (SEN) afirma que: “Debido a que los fármacos disponibles actualmente para la enfermedad de Alzheimer sólo consiguen enlentecer la progresión de los síntomas, y no se disponen en el momento actual de fármacos modificadores de la enfermedad eficaces para reducir su gravedad y restaurar la función cognitiva, la intervención sobre los factores de riesgo modificables de la enfermedad constituye en el momento actual una de las alternativas más eficaces para la prevención activa de la misma y la reducción de su incidencia.”⁵

A pesar de que no existe tratamiento para la cura de la Enfermedad del Alzheimer o para su reversión, existen intervenciones que mejoran y apoyan la vida de las personas que padecen esta enfermedad, a sus familias y a sus cuidadores. Los objetivos principales de los servicios de atención son: ⁶

- ✚ Diagnostico precoz para un tratamiento óptimo y precoz
- ✚ Optimización de la salud física, la actividad, la cognición y el bienestar
- ✚ Identificación y tratamiento de enfermedades concomitantes
- ✚ Detección y tratamiento de síntomas conductuales y psicológicos problemáticos
- ✚ Proporción de información y apoyo a los cuidadores a largo plazo. ⁶

Los factores de riesgos identificados para el desarrollo de la Enfermedad del Alzheimer son los siguientes: “Hipertensión arterial, diabetes mellitus, hiperlipemia, obesidad, accidente cerebrovascular, síndrome metabólico, antecedente de traumatismo craneoencefálico, hipoacusia en edad media, nivel educativo bajo, depresión en edad avanzada, el tabaquismo y el sedentarismo.” También se ha relacionado con el sexo femenino y con antecedentes personales. ³⁻⁷

Uno de los signos de alerta del paciente con EA es la repetición de preguntas, la pérdida progresiva de memoria y la incapacidad para retener nueva información. A esto, le añadimos la sintomatología de afectación al lenguaje, la realización o la elaboración de planes o ejecución de sus tareas. Con la evolución de dicha enfermedad, más del 90% de los pacientes tendrán alteraciones de comportamiento como agitación, agresión

física, delirios, empeoramiento del razonamiento, etc. Estos cambios de comportamiento tienen consecuencias en el desarrollo de las actividades de la vida diaria hasta llegar a un punto de dependencia.³

1.2 DISFAGIA

“En la demencia degenerativa prevalecen los problemas de deglución, que es un proceso complejo y necesario para que el organismo pueda nutrirse e hidratarse que consiste en el transporte por el que los alimentos pasan desde la boca hasta el estómago.”⁸ Requiere de una sucesión de movimientos voluntarios e involuntarios en las diferentes fases: oral, faríngea y esofágica.⁹

En el envejecimiento de un adulto sano en la cual se puede afectar la deglución de los alimentos, se le llama presbifagia.¹⁰ Sin embargo, cuando dicho síntoma es asociado a otras enfermedades y que conlleva consecuencias severas, se denomina disfagia.

“La disfagia es la dificultad para tragar o deglutir los elementos líquidos y/o sólidos por afectación de una o más fases de la deglución. La afectación puede presentarse en la preparación oral del bolo o en el desplazamiento del alimento desde la boca hasta el estómago.”¹¹

Una de las consecuencias más importantes de la disfagia es “la penetración del material alimenticio en vías diferentes a la digestiva causando aspiración traqueal o bronquial (por paso de agua o alimentos a la tráquea y bronquios) o aspiraciones silentes (penetración de saliva o comida por debajo de las cuerdas vocales no acompañada de tos ni de otros signos observables de dificultad deglutoria). La actividad de masticación y deglución normal es un rápido y complejo proceso de movimientos voluntarios e involuntarios en el que participan al menos seis pares craneales, los tres primeros segmentos de los nervios cervicales y los 26 músculos de la boca, faringe y esófago. El envejecimiento por sí mismo no causa disfagia evidente clínicamente, aunque hay cambios asociados a la edad que afectan a las diferentes fases de la deglución, como por ejemplo la pérdida de piezas dentarias, atrofia en los músculos de la masticación, disminución de la producción de saliva, epiglotis más lenta y pequeña, disminución de la amplitud de las contracciones peristálticas esofágicas, etc.”¹¹

La causa más frecuente de disfagia en el paciente anciano debido a enfermedades neuromusculares que afectan al sistema nervioso central (SNC) es la disfagia orofaríngea. Este tipo de disfagia produce una dificultad para iniciar la deglución o para manipular los alimentos dentro de la boca y una elevada dificultad para el manejo de los líquidos. La regurgitación hacia la nariz, la tos durante o justamente después de la deglución, los cambios en la calidad del habla, el babeo continuo, la presencia de residuos en la boca, carraspeo y deglución fraccionada son síntomas asociados a dicho tipo de disfagia.¹¹⁻¹²

La disfagia orofaríngea tiene una repercusión de un 50% a lo largo de la evolución de la enfermedad del Alzheimer.

1.3 COMPLICACIONES DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y LA DISFAGIA

La aparición de la disfagia condiciona la evolución clínica de la enfermedad y por lo tanto, lleva a una serie de consecuencias y complicaciones como:

La malnutrición y deshidratación:

Definimos a la malnutrición como un estado que es el resultado del decrecimiento de la ingesta de energía y/o nutrientes y que produce unos cambios en cuanto a la composición y masa celular corporal ocasionando una decadencia de la capacidad funcional mental y física y por consiguiente una peor respuesta frente a la enfermedad.¹³ De todos los pacientes que padecen disfagia, un 32% están afectados por desnutrición. Esta desnutrición afecta de forma directa en la funcionalidad y en la dependencia de la persona.¹⁴ “La desnutrición se asocia a morbilidad y mortalidad mayores, de hecho, en ancianos que habían perdido más del 12% de su peso en los últimos 3 años, la mortalidad alcanzó el 62%.”¹²

La deshidratación, es una consecuencia muy grave de la disfagia orofaríngea ya que produce: Estreñimiento, fatiga, confusión mental, infecciones, úlceras por presión, etc. Junto con la desnutrición, contribuye a un mal pronóstico de la enfermedad, debido a que aumenta la morbilidad y la mortalidad.¹²

Las neumonías por aspiración

La inseguridad en el proceso de la deglución provoca la penetración del alimento en la vía aérea y producir infección. La aspiración es la principal causa de fallecimiento en pacientes con Alzheimer avanzado.¹¹ La aspiración se detecta fácilmente cuando el paciente presenta ahogo, cianosis, taquicardia, atragantamiento y tos. Sin embargo, en pacientes con demencia, la mayoría son de las aspiraciones son silentes debido a la ausencia del reflejo tusígeno o por la sensibilidad laríngea abolida; lo que provoca consecuencias graves como neumonías. Por lo que hay unos signos que nos indican que el paciente está presentando disfagia y que son factores predisponentes para desarrollar una neumopatía aspirativa: “Manejo difícil de secreciones, babeo de secreciones o alimentos, retraso en la deglución, reducción o ausencia de la elevación laríngea de la deglución, salida de alimento por la nariz, acumulación de alimento en la boca, postura inusual de la cabeza y cuello al comer y disminución de la sensibilidad oral o faríngea.”¹²

Dependencia, aislamiento social e institucionalización.

La demencia da lugar a una dependencia por una discapacidad de realización de las actividades de la vida diaria durante un tiempo que perdura. Esta dependencia produce un aislamiento social y una institucionalización debido en muchos casos a la elevada carga que le produce al cuidador causado por los grandes cuidados que necesita un paciente con Alzheimer. La tasa anual de institucionalización es de 10'5% en España. Además de esto, podemos encontrarnos el gran impacto psicológico que tiene, como por ejemplo la ansiedad o pánico durante las comidas y pérdida de sensación de agrado al comer, cansancio, etc. Por otra parte, son la tercera causa después del cáncer y la enfermedad cardiovascular en cuanto al coste para la sociedad, aportando en gran parte por la familia del paciente.²

Estas consecuencias anteriormente descritas, supone una gran implicación por parte de la familia en la elevada carga de cuidados que tienen este tipo de pacientes y en la toma de decisiones sobre las medidas a tomar para su alimentación a través de medios de nutrición artificial como son la sonda nasogástrica o la gastronomía.¹¹

1.4 AFECTACIÓN FAMILIAR

Una de las principales causas de discapacidad y dependencia en las personas mayores es la demencia. Este diagnóstico resulta angustioso tanto para los pacientes que padecen la enfermedad como para sus familiares y cuidadores. La falta de concienciación y de comprensión de la demencia provoca una estigmatización derivando en un obstáculo para acudir a los servicios necesarios de diagnóstico y atención. La enfermedad de Alzheimer causa gran repercusión física, psicológica, social y económica a los familiares y cuidadores.⁶

En cuanto a la repercusión económica, se refiere a los costes médicos y sociales directos que están asociados a la atención prestada fuera del ámbito institucional. Con respecto a la repercusión física, se refiere al elevado peso que deben de ejercer sus familiares y/o cuidadores para lograr que su familiar enfermo realice la mayoría de las actividades de la vida diaria; tales como el aseo, la movilización, la alimentación e hidratación, etc. En la repercusión psicológica nos referimos a la presión que produce el desconocimiento y tratamiento de la Enfermedad del Alzheimer, el estrés constante y la elevada carga de cuidados que necesitan estos pacientes para lograr que tengan una vida de calidad, dentro de lo posible. Y por último, la repercusión social es elevada debido al aislamiento tanto del paciente con la Enfermedad de Alzheimer como de los familiares y/o cuidadores debido a la dedicación a la persona que padece este diagnóstico.

Debido a todos los motivos descritos anteriormente, es necesario que reciban el apoyo tanto por los servicios sanitarios, sociales, financieros y jurídicos pertinentes. Así mismo, “La OMS ha creado iSupport, un programa dedicado a la formación que proporciona información y conocimientos para los cuidadores de personas que padecen alzheimer.”⁶

1.5 DETECCIÓN PRECOZ DE LA DISFAGIA: MÉTODO DE EXPLORACIÓN CLÍNICA VOLUMEN-VISCOSIDAD (MECV-V)

Este método es útil para detectar signos clínicos en el trastorno de la deglución. Puede ser llevado a cabo por la enfermera del paciente ya que es un método sencillo y seguro. Podemos detectar por un lado los signos de disfagia y por otro lado, nos ayuda a identificar que volumen y viscosidad son más adecuados para alimentar de forma segura y eficaz a nuestro paciente.¹⁵

“El MECV-V detecta signos de disminución de la eficacia de la deglución:

- ✚ Imposibilidad de mantener el bolo en la boca
- ✚ Presencia de residuos orales en la lengua, bajo ella, en las encías
- ✚ Presencia de residuos en la faringe, con sensación de cuerpo extraño en la garganta
- ✚ Degluciones fraccionadas (Incapacidad para deglutir el bolo de una sola vez)

También, detecta signos de disminución de la seguridad de la deglución:

- ✚ Aspiraciones: tos, cambios de voz, carraspeos.
- ✚ Aspiraciones silentes: Disminución de la saturación de oxígeno mayor de un 3%.”¹⁵

A mayor viscosidad y menor volumen del bolo, la deglución de los pacientes con disfagia será más segura. Este test, consiste en administrar las tres viscosidades distintas que existen (Néctar, líquido y pudding) y tres volúmenes diferentes (5ml, 10ml, 20ml) comenzando con el bolo más fácil de deglutir e ir progresando a mayor dificultad. A la vez, el paciente tendrá colocado el pulsioxímetro para detectar posibles aspiraciones silentes.¹⁵

En primer lugar, partimos con agua a temperatura ambiente. Para conseguir las viscosidad néctar añadiremos 4.5 gr de un espesante comercial y para conseguir la viscosidad pudding añadiremos 9gr de espesante comercial.¹⁵

La prueba se le realizará al paciente incorporado y midiéndole la saturación basal. Entablaremos una conversación con el paciente para escuchar su voz y así poder compararla con la de después de la deglución. Se le administra 5ml de la primera viscosidad, que es el néctar. Seguidamente, administraremos la misma viscosidad pero en 10ml y 20ml.¹⁵

Inmediatamente después de cada administración, se valorará si hay residuos en la boca, si hace “una deglución fraccionada, incompetencia del sello labial, residuos en faringe, cambios de voz, desaturación mayor del 3%, tos. Esperaremos un minuto entre administraciones por si hubiera una tos postdeglución.”¹⁵

“Si con la viscosidad néctar no aparecen síntomas que hagan peligrar su seguridad, comenzaremos a administrar la viscosidad líquido y por último la viscosidad pudding.”¹⁵

“Si por el contrario, con la viscosidad néctar aparecen alteraciones que pueda peligrar su seguridad, se pasa a administrar directamente la viscosidad pudding sin pasar por la viscosidad líquida. Si sigue habiendo alteraciones en la viscosidad pudding, la prueba se suspenderá.”¹⁵

Si el paciente padece alguna alteración de las anteriores descritas con un determinado volumen y en una viscosidad, la prueba se considera positiva y por consecuente descartaremos dicha viscosidad y ese volumen administrado para alimentar a nuestro paciente.¹⁵

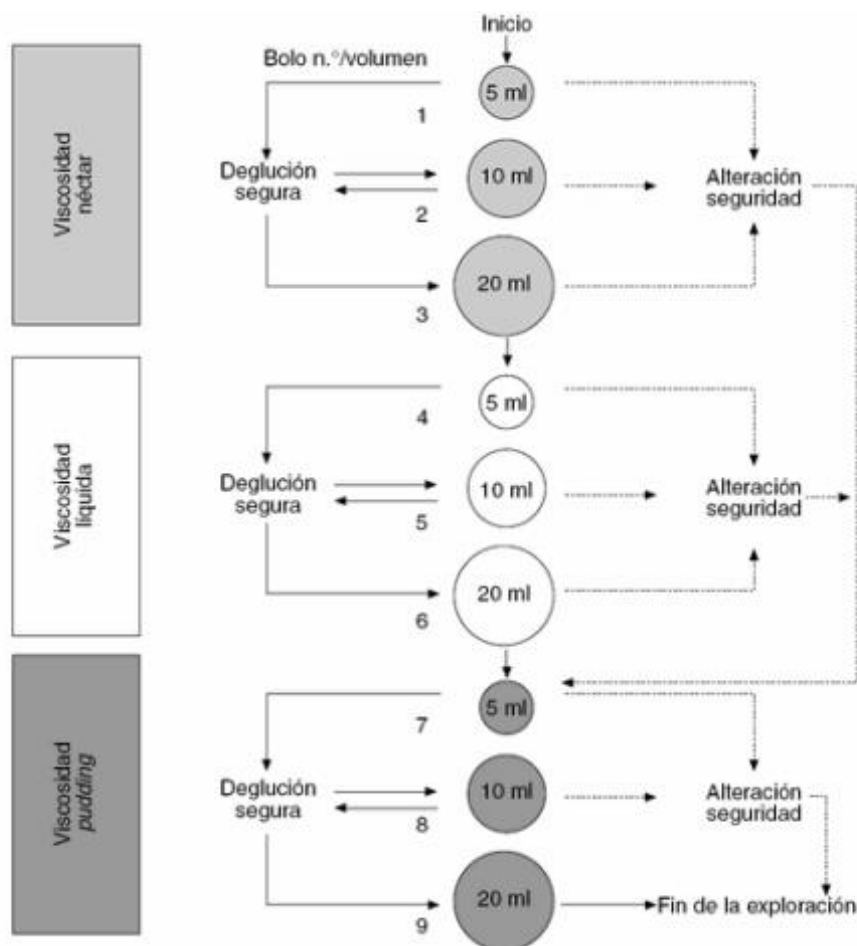


Figura 1. Secuencia de realización del Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad (MECV-V) (Fuente: García-Peris, 2011)

1.6 ROL DE LA ENFERMERIA EN EL MANEJO DE LA DISFAGIA EN PACIENTES CON ALZHEIMER

Dado que existe un gran porcentaje de pacientes que padecen disfagia y que se manifiesta cuando la fase de la enfermedad neurológica degenerativa está muy avanzada, la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas se deben de guiar por unos criterios clínicos. El abordaje práctico debe incluir tanto el pronóstico como los aspectos individuales y evolutivos. Para facilitar este proceso hay autores que proponen un algoritmo diagnóstico-terapéutico para la disfagia orofaríngea.¹¹

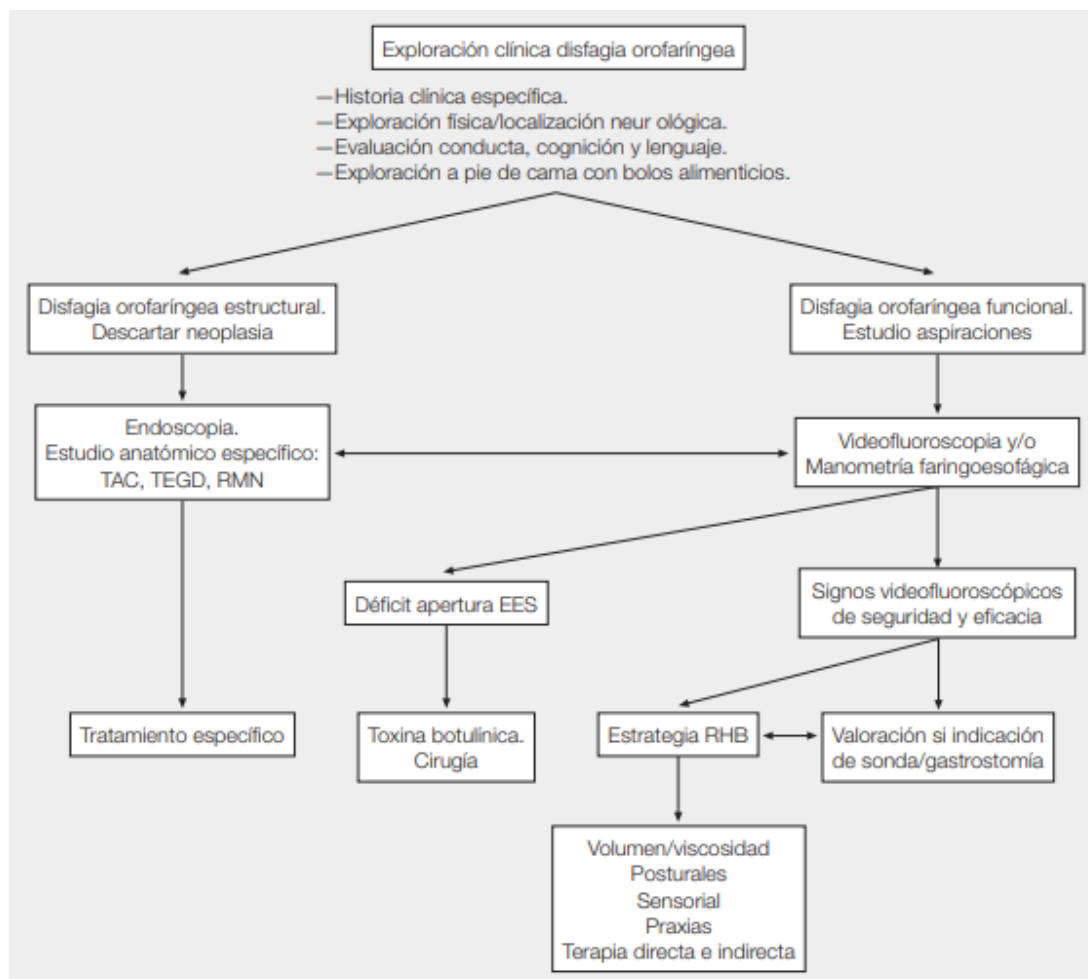


Figura 2. Algoritmo diagnóstico-terapéutico de disfagia orofaríngea. (Fuente: Modificado de Clavé P. REED 2004; 96: 119-31)

En la mayoría de los casos, no se podrá corregir el mecanismo normal de la deglución debido a que la causa es neurológica. Por esta razón, es conveniente y preciso utilizar técnicas que nos ayuden a modificar el contenido y consistencia de la dieta, las medidas ambientales y las medidas posturales. También hay que tener en cuenta, que muchas

veces es necesario recurrir a la nutrición artificial, como tratamiento temporal o definitivo debido a las complicaciones producidas por la disfagia.¹⁶ Las técnicas a modificar se eligen en función del estado cognitivo y alerta, aspectos conductuales y emotivos, capacidad de aprendizaje, grado de motivación, grado de fatiga y grado de soporte familiar o cuidadores.¹⁷

1.6.1 Medidas generales, ambientales y posturales

- ✚ Evitar la distracción durante el tiempo que dure la alimentación.
- ✚ Colocarnos enfrente para imitación.
- ✚ Mantener una postura correcta: Columna erguida, paciente sentado con ligera flexión de la barbilla hacia delante. Evitar la inclinación de la cabeza hacia atrás, ya que existe mayor riesgo de que los alimentos y los líquidos se dirijan a las vías respiratorias.
- ✚ Esta postura es preferible realizarla en una silla, pero si no es posible debido a las características de cada paciente y se tiene que hacer en la cama, hay que elevar el cabecero 90º y elevar ligeramente las rodillas con una almohada.
- ✚ Mantenemos esta postura hasta pasados 20-30 minutos tras la ingesta.
- ✚ Dedicar tiempo a nuestro paciente. No forzar si hay rechazo insistente. Posponer.
- ✚ Prestar especial atención a la higiene oral, de dientes y de prótesis manteniendo la integridad de las mucosas, de los labios y de las comisuras.
- ✚ Comenzamos con cantidades pequeñas. Permitimos al paciente que las huela, las pruebe y saboreé.
- ✚ Recordarle al paciente en cada momento que no reprima la tos. Dar tiempo al paciente para que mastique y trague el bolo alimenticio debido al retraso del inicio del reflejo deglutorio que padecen. Masaje de mandíbula cuando hay cierre.
- ✚ Intentamos acercarnos a las preferencias del paciente escogiendo los alimentos que más le guste en cuanto a textura, sabor (mejor condimentados y cítricos), consistencia (no mezclar líquidos y sólidos como sopa o cereales) y temperatura (mejor iniciar con alimentos fríos).

- ✚ Es recomendable la administración de bolos fríos, helados, sabores ácidos para la estimulación sensorial.
- ✚ Realizar comidas que se puedan tomar en trozos pequeños y coger con los dedos (Croquetas, taquitos de queso, sándwich troceado...)
- ✚ Dedicar el tiempo que sea necesario en la instrucción a familiares y cuidadores sobre el manejo de la disfagia.¹¹

En resumen, la finalidad de la corrección postural, como estrategia de intervención, es alterar la velocidad de los alimentos o líquidos ingeridos con la intención de proteger las vías respiratorias y reducir el riesgo de aspiraciones.¹⁹

Por otro lado, “las variaciones en el volumen/viscosidad y las modificaciones en la dieta pretenden facilitar el consumo de alimentos por vía oral con una deglución más segura, reduciendo la aparición de complicaciones.”¹⁹

Las maniobras deglutorias específicas que consiste en: “Programas de ejercicios de resistencia destinados a mejorar la fortaleza de la lengua, los labios, las mandíbulas, la laringe, las cuerdas vocales y los músculos respiratorios.”²⁰ “Algunos ejemplos de este tipo de maniobras son: la maniobra supraglótica y la maniobra de Mendelsohn. Sin embargo, para la realización de estos ejercicios se necesita de suficiente capacidad de comprensión y habilidades cognitivas, por lo que puede resultar difícil para aquellas personas con alzheimer.”²¹

Por último, las sondas de alimentación es la intervención que con más frecuencia se realiza en las personas con demencia avanzada.²² Es recomendado en todas las personas que no son capaces de satisfacer las necesidades nutricionales a través de una ingesta oral normal o existe un alto riesgo de desarrollar complicaciones asociadas a la aspiración.²³

1.7 JUSTIFICACIÓN

La disfagia es uno de los principales problemas asociados a las personas que padecen Alzheimer. Debido al impacto que tienen estos diagnósticos en la población actualmente, se puede considerar un reto social dado la magnitud del problema, ya que, afecta a un alto porcentaje de la población. Por consecuente a esto, es necesario

conocer los cuidados que se les puede brindar a esas personas que padecen disfagia y Alzheimer en conjunto.²

Por otro lado, las complicaciones que se asocian a la disfagia son muy numerosas y las cuales producen repercusiones importantes en la mortalidad y en la morbilidad. Por lo tanto, la identificación precoz y el manejo adecuado de la disfagia recobran especial relevancia para que así los costes sanitarios sean mínimos.²⁴

Así mismo, la realización de este trabajo responde a una inquietud personal y a la vez considero que es básico y fundamental en la ética enfermera mejorar en cuanto sea posible la calidad de vida de nuestro paciente, sus familiares y/o cuidadores, realizando unos cuidados eficaces y reduciendo en la medida de lo posible las complicaciones que se derivan de ambos diagnósticos.

2. OBJETIVOS

El objetivo general de este Trabajo de Fin de Grado basado en una revisión narrativa es conocer los cuidados de enfermería en el deterioro de la deglución para la reducción de complicaciones en pacientes con la Enfermedad de Alzheimer.

Como objetivos específicos considero:

1. Efectividad del uso de espesantes en pacientes con Enfermedad de Alzheimer y con disfagia en la reducción de complicaciones.
2. Efectividad del sondaje nasogástrico para la alimentación enteral (Alimentación tuboenteral) en la reducción de complicaciones.
3. Efectividad de las sondas gástricas percutáneas (PEG) o sondas de gastrostomía en la reducción de complicaciones.
4. Efectividad del cambio postural en la reducción de complicaciones.

3. METODOLOGÍA

3.1 DISEÑO

Para lograr cumplir los objetivos anteriormente descritos, he realizado una búsqueda bibliográfica narrativa sobre los cuidados de enfermería en el deterioro de la deglución

para la reducción de complicaciones en pacientes que padecen la Enfermedad de Alzheimer.

3.2 ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

Para llevar a cabo dicha revisión, he realizado una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos electrónicas de ciencias de la salud nacionales e internacionales, como son: Cochrane, Cuiden Plus, Cinahl, Medline, Lilacs, Scopus, Pubmed, Enfermería al día, science Direct y Fistera.

En cuanto a la búsqueda en las bases de datos nacionales el tesoro “Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS)” que se utilizaron fueron: Enfermedad de Alzheimer o Alzheimer, trastornos de deglución o disfagia, intervención, cuidados y enfermería. A la vez, en la búsqueda en las bases de datos internacionales el tesoro “Medical Subject Headings (MeSH)” utilizados fueron: Alzheimer, deglutition disorders, dysphagia, intervention, care, nursing.

Para conseguir un aumento de la precisión y especificidad, he empleado el uso de operadores booleanos: “AND”, “OR”, “Y”.

La búsqueda abarca desde el 27 de Enero hasta el 07 de Marzo de 2022. Se realizó una cadena de búsqueda por cada base de datos dependiendo de las características y forma de búsqueda de cada base:

1. **Cochrane:** Disfagia
2. **Cuiden plus:** Deterioro cognitivo AND Disfagia AND Enfermeria
3. **Cinahl:** Dysphagia AND Alzheimer AND Intervention
4. **Medline:** Dysphagia AND Alzheimer AND Intervention
5. **Lilacs:** Dysphagia AND Alzheimer AND Intervention
6. **Scopus:** Disfagia AND Alzheimer
7. **Pubmed:** Dysphagia AND Alzheimer AND Nursing
8. **Enfermería al día:** Dysphagia AND Alzheimer AND (Intervention or Nursing or Care)
9. **Science direct:** Disfagia AND Alzheimer AND (Intervencion OR Enfermeria OR Cuidados)

3.2.1 Criterios de inclusión

Los criterios de inclusión utilizados en la búsqueda bibliográfica en todas las bases de datos utilizadas son:

- ✚ Población de estudio: No tiene límite de edad, es decir, la revisión se va a centrar en todas las personas con deterioro de deglución y con la Enfermedad de Alzheimer, independientemente de la edad y el sexo de cada una de ellas.
- ✚ Idioma: Español, inglés o portugués.
- ✚ Disponibilidad de acceso gratuito a resumen y/o texto completo.
- ✚ Artículos donde las palabras clave figuren en el título, resumen, texto o palabras clave del estudio.
- ✚ Artículos originales y/o revisiones.
- ✚ Sin periodo de publicación de los artículos.
- ✚ Estudios realizados en humanos.
- ✚ Nivel de calidad mayor o igual a 7 evaluado siguiendo las guías de lectura crítica CASPE. (Anexo 2).²⁶

3.2.2 Criterios de exclusión

Los criterios de exclusión utilizados en la búsqueda bibliográfica en todas las bases de datos utilizadas son:

- ✚ Estudios cualitativos.

3.2.3 Otros recursos

Búsqueda de información a partir de la bibliografía de artículos seleccionados.
(Búsqueda inversa)

3.2.4 Metodología: Resultados generales de la búsqueda.

Tabla 1. Resultados generales

Base de datos	Cadena de búsqueda	Nº documentos encontrados	Nº documentos descartados	Muestra final
Cochrane	Disfagia	35 artículos	Por título: 33 artículos	2 artículos

Cuiden plus	Deterioro cognitivo AND Disfagia AND Enfermería	2 Artículos	Por título: 2	0 artículos
Cinahl	Dysphagia AND Alzheimer AND intervention	7 artículos	Por idioma: 1 Por título: 1 Por resumen: 1 Por no texto completo: 3 Por duplicación: 1	0 artículos
Medline	Dysphagia AND alzheimer AND intervention	13 artículos	Por duplicación: 1 Por idioma: 1 Por título: 4 Por resumen: 3 Por no texto completo: 2	2 artículos
Lilacs	Dysphagia AND alzheimer	10 artículos	Por no texto completo: 3 Por título: 1 Por resumen: 3 Por duplicación: 2	1 artículos
Scopus	Disfagia AND alzheimer	7 artículos	Por duplicación: 1 Por título: 2 Por resumen: 3	1 Artículos
Pubmed	Dysphagia AND alzheimer AND nursing	25 artículos	Por resumen: 2 Por título: 2 Por no texto completo: 16 Por duplicación: 1	4 artículos
Enfermería al día	Dysphagia AND alzheimer AND (Intervention or nursing or care)	11 artículos	Por título: 7 Por resumen: 4	0 artículos
Science direct	Disfagia AND alzheimer AND (Intervencion OR enfermería OR cuidados)	20 artículos	Por título: 3 Por resumen: 5 Por no texto completo: 12	0 artículos

Fuente: Elaboración propia

4. RESULTADOS

4.1 COCHRANE

Tabla 2. Resultados Cochrane.

TÍTULO	AUTOR	AÑO Y PAÍS	TIPO DE ESTUDIO	APORTACION PRINCIPAL	CASPE
Modificación de la consistencia de alimentos y líquidos para pacientes con demencia y dificultades en la deglución.	Eadaoin Flynn, Christina H. Smith, Cathal D. Walsh, Margaret Walshe.	Irlanda. Septiembre 2018.	Revisión bibliográfica	1. Los líquidos espesos o extremadamente espesos demuestra una asociación positiva en cuanto a la eliminación inmediata de la aspiración. 2. Aumento del número de casos de neumonía en los pacientes que recibieron los líquidos de viscosidad miel en comparación con los que recibieron líquidos con viscosidad néctar o que tomaron líquidos con la posición del mentón hacia abajo.	8/10
Alimentación enteral para pacientes mayores con demencia avanzada.	Elizabeth L. Sampson, Bridget Candy, Louise Jones.	Reino Unido. Abril 2009.	Revisión bibliográfica	1. No se encontró evidencia de que la nutrición por sonda enteral sea eficaz para prolongar la supervivencia, mejorar la calidad de vida o lograr una mejor alimentación. 2. Aumento del riesgo de desarrollar neumonía debido a la inhalación de pequeñas cantidades de alimentos e incluso provocar la muerte.	8/10

Fuente: Elaboración propia

4.2 MEDLINE

Tabla 3. Resultados Medline.

TÍTULO	AUTOR	AÑO Y PAÍS	TIPO DE ESTUDIO	APORTACION PRINCIPAL	CASPE
Efectos de una intervención alimentaria en pacientes con enfermedad de Alzheimer y disfagia.	Chen LL, LiH, LinR, Zheng JH et al.	Boston, EEUU. Septiembre 2015.	Estudio cohorte prospectivo	1. Se ha demostrado que haciendo la adaptación de la consistencia de la dieta produce un aumento significativo de la nutrición y la hidratación y por consiguiente, una disminución de la morbilidad y de la mortalidad.	9/10
Alimentos y fluidos de textura modificada en demencia y centros residenciales de cuidado de ancianos.	Pintor V, Le Couteur DG, et al.	Nueva Zelanda. Agosto de 2017.	Revisión bibliográfica.	1. La modificación de la consistencia de los alimentos y de los líquidos (TMF) redujo el riesgo de aspiración. 2. La TMF no reduce el riesgo de neumonía por aspiración. 3. La TMF se asocia a una menor ingesta diaria de energía y líquidos. 4. Se relaciona la falta de cumplimiento de TMF con una mayor incidencia de ingresos hospitalarios por aspiración y muerte.	8/10

Fuente: Elaboración propia

4.3 LILACS

Tabla 4. Resultados Lilacs.

TÍTULO	AUTOR	AÑO Y PAÍS	TIPO DE ESTUDIO	APORTACION PRINCIPAL	CASPE
Deglución en fases moderadas y severas de la enfermedad de Alzheimer.	Correia, Sheilla de Medeiros. Morillo, Lilian Schafirovits. Et al.	Brasil, 2010.	Revisión bibliográfica	1. Dificultad para masticar y deglutir alimentos de cierta consistencia en pacientes con EA. 2. Con la modificación de la textura de la alimentación y líquidos, disminuye la dificultad para mantener y controlar los alimentos en la fase oral de deglución y el retraso de la actividad refleja de deglución; minimizando el riesgo de aspiración.	8/10

Fuente: Elaboración propia

4.4 SCOPUS

Tabla 5. Resultados Scopus.

TÍTULO	AUTOR	AÑO Y PAÍS	TIPO DE ESTUDIO	APORTACION PRINCIPAL	CASPE
Abordaje de la disfagia en pacientes con Alzheimer.	González MB, Recio GM.	España. 2016	Revisión sistemática.	1. Los cambios en el volumen y la viscosidad del bolo, cambios posturales, maniobras de deglución, rehabilitación y técnicas de aumento sensorial han demostrado su eficacia en cuanto al abordaje de la disfagia en cuanto al riesgo de aspiración.	8/10

Fuente: Elaboración propia

4.5 PUBMED

Tabla 6. Resultados Pubmed.

TÍTULO	AUTOR	AÑO Y PAÍS	TIPO DE ESTUDIO	APORTACION PRINCIPAL	CASPE
Asociaciones temporales entre el enfoque de cuidado, los síntomas conductuales y los indicadores observables de aspiración en residentes de hogares de ancianos con demencia.	Gilmore-Bykovkyi, AL. Rogus-Pulia, N.	Inglaterra, 2018.	Estudio observacional.	1. Los tratamientos para lograr el abordaje de la disfagia es la modificación de la textura de los alimentos (Néctar, líquido y pudding), la velocidad de administración de los alimentos y líquidos y la modificación de la postura del paciente para reducir el riesgo de casos de aspiración y el riesgo de neumonía.	8/10
Tendencias y resultados asociados con la colocación de sondas de gastrostomía en trastornos neurodegenerativos comunes.	Soo Kim, Duk. Jones, Ricardo N. Shireman, Teresa L. Kluger et al.	Inglaterra, 2020.	Estudio estadístico.	1. No se demuestra mejoría en cuanto a la disminución del riesgo de aspiración, la mejoría de supervivencia o el estado nutricional con la colocación de una sonda de gastrostomía en pacientes con EA. 2. Se demuestra la aspiración del contenido gástrico en pacientes con sonda de gastrostomía con EA.	10/10
Un estudio nacional sobre el impacto de la disfagia en los resultados hospitalarios entre	Paranji, Schitra. Paranji, Neethi. Wright,	EEUU, 2016.	Estudio de cohorte retrospectivo.	1. Se ha demostrado que en los pacientes con Alzheimer la colocación de una sonda gástrica percutánea (PEG) aumenta el riesgo	8/10

pacientes con demencia.	Scott. Chandra, Shalini.			de aspiración y no ofrece beneficios de supervivencia. 2. Es necesario la valoración de otras alternativas de nutrición en esta población antes que el uso de tubos PEG.	
Actitudes de familiares y personal de enfermería hacia la alimentación tuboenteral en pacientes con demencia grave.	Lubart, Emilia. Leibovitz, Arturo. Habot, Beni.	EEUU, 2004.	Estudio de cohorte retrospectivo.	1. Cada vez con más frecuencia, la alimentación por sonda nasogástrica a largo plazo (TEF) es una opción muy válida para proporcionar los alimentos y líquidos correspondientes a la vez que reducimos el riesgo de aspiración.	10/10

Fuente: Elaboración propia

Tras el análisis de los documentos seleccionados, los resultados encontrados son los siguientes:

 Efectividad del uso de espesantes en pacientes con Enfermedad de Alzheimer y con disfagia en la reducción de complicaciones.

En el estudio de Eadaoin Flynn, Christina H.Smith, et al.²⁷ y en el estudio de González MB y Recio GM ²⁸ se demuestra una asociación positiva en cuanto a la eliminación de la aspiración en los líquidos espesos. Sin embargo, se ha producido un aumento de los números de casos de neumonía en los pacientes que ingieren líquidos de viscosidad similar a miel en comparación a los líquidos con viscosidad similar al néctar o que ingirieron estos líquidos con la posición del mentón hacia abajo. Así mismo, en el estudio de Chen LL, LiH, LinR, Zheng JH et al.²⁹ se demuestra que debido a esta adaptación de la consistencia de los alimentos y los líquidos se da lugar a una mejora de la ingesta de dichos alimentos, produciendo un aumento significativo de la nutrición y de la hidratación y por consiguiente, una disminución de la morbilidad y mortalidad. También, se encuentra diferencias significativas en cuanto al grosor del pliegue cutáneo del tríceps. Además, en el estudio de Correia, Sheilla de Medeiros. Morillo et al.³⁰ reafirma

que la modificación de la textura de la alimentación y líquidos, disminuye la dificultad para mantener y controlar los alimentos en la fase oral de deglución y aumenta la actividad refleja de deglución; minimizando el riesgo de aspiración y la hipersalivación ya que es un indicador de riesgo de broncoaspiración. Seguidamente, el estudio de Gilmore-Bykowkyi, AL. Rogus-Pulia, N.³¹ añade que además de lo descrito en los estudios anteriores, es muy importante también la velocidad de administración de los alimentos y líquidos para reducir el riesgo de casos de aspiración y de neumonía.

Por el contrario, en el estudio de Pintor V, Le couteur DG, et al.³² afirma que la modificación de la consistencia de los alimentos y líquidos reduce el riesgo de aspiración pero no el riesgo de neumonía por aspiración. También, la modificación de la consistencia de los alimentos y líquidos se asocia según este estudio a una menor ingesta diaria de energía y líquidos.

Efectividad del sondaje nasogástrico para la alimentación enteral. (Alimentación tuboenteral) en la reducción de complicaciones.

Según el estudio de Elizabeth L. Sampson, Bridget Candy et al.³³ no se ha encontrado evidencia de que la nutrición enteral por sondaje nasogástrico en pacientes con Enfermedad de Alzheimer sea eficaz para prolongar la supervivencia del paciente, ni para mejorar la calidad del paciente o lograr una mejoría en cuanto a la alimentación, es decir, no mejora la desnutrición que es una de las complicaciones principales de la disfagia. Así mismo, afirma que el riesgo de desarrollar neumonía debido a la inhalación de pequeñas cantidades de alimentos hasta incluso provocar la muerte es muy elevado. Por lo tanto, no hubo evidencia de efectos beneficiosos en cuanto a esta intervención.

Sin embargo, en el estudio de Lubart, Emilia. Leibovitz, Arturo et al.³⁴ afirma que cada vez con más frecuencia, la alimentación por sonda nasogástrica a largo plazo (TEF) en pacientes con Enfermedad de Alzheimer es una opción muy válida para proporcionar alimentos y líquidos para reducir la deshidratación y la desnutrición y también, se reduce el riesgo de aspiración.

Efectividad de las sondas gástricas percutáneas (PEG) o sondas de gastrostomía en la reducción de complicaciones.

En el estudio de Soo Kim, Duk. Jones, Ricardo N. et al ³⁵ se dice que antiguamente se prevenía la neumonía por aspiración con la colocación de una sonda de gastrostomía. Actualmente, los estudios realizados no demuestran mejoría en cuanto a la disminución del riesgo de aspiración, la supervivencia del paciente o la mejoría del estado nutricional con la colocación de una sonda de gastrostomía. A través de estudios gammagraficos se ha corroborado la aspiración del contenido gástrico en pacientes con sondas de gastrostomía. Además, la colocación de dicha sonda es asociada a una estancia hospitalaria más prolongada, debido al seguimiento por las complicaciones que se pueden derivar. Esto quiere decir que, los pacientes con la Enfermedad de Alzheimer y con sonda de gastrostomía tienen de 3-4 veces menos probabilidad de recibir el alta que sin sonda.

En el estudio de Paranji, Schitra. Paranji, Neethi et al ³⁶ afirma que los pacientes con Alzheimer tienen 4,42 veces más probabilidades de tener un diagnóstico de disfagia que los que no padecen Alzheimer. Así mismo, el estudio demuestra la colocación de una sonda gástrica percutánea (PEG) en pacientes con Enfermedad de Alzheimer aumenta el riesgo de aspiración y no ofrece beneficios de supervivencia. Es tal así, que la probabilidad de que ocurra una neumonía por aspiración es seis veces mayor en pacientes con la Enfermedad de Alzheimer. Además, la desnutrición es 2,5 veces mayor en los pacientes con Alzheimer y disfagia; por lo que, es necesario la valoración de otras alternativas de nutrición en esta población antes que el uso sonda gástrica percutánea (PEG).

Efectividad del cambio postural en la reducción de complicaciones.

En el estudio de Eadaoin Flynn, Christina H.Smith, et al.²⁷ y en el estudio de Gilmore-Bykowkyi, AL. Rogus-Pulia, N. ³¹ se afirma que la modificación de la postura del paciente es efectiva para reducir el número de casos en riesgo de aspiración y en riesgo de neumonía. Además, en ambos estudios indica que la modificación de la textura de los alimentos y líquidos ayudan a la efectividad del cambio postural para la reducción de complicaciones.

5. DISCUSIÓN

Durante esta revisión narrativa, me he encontrado algunas limitaciones que a mi parecer son importantes. En algunas bases de datos o en la mayoría, había pocos o ningún estudio o información relacionado con la disfagia y la Enfermedad de Alzheimer. En las bases de datos que encontrábamos alguna información y/o estudio, el texto completo no estaba disponible gratuitamente.

Además de esto, considero que la mayoría de los estudios encontrados relacionan el tema de la disfagia con el accidente cerebrovascular (ACV) y pocos estudios se relacionan con la Enfermedad de Alzheimer como he indicado anteriormente.

También, me he encontrado limitaciones en cuanto a cuestiones éticas; ya que no me parece igualitario que un grupo de pacientes con EA y disfagia sean tratados por diferentes intervenciones para dar solución a dicho problema, mientras que el otro grupo de pacientes, no reciba ninguna intervención.

Por lo tanto y bajo mi punto de vista, en la revisión narrativa realizada hasta ahora nos deja constancia de la falta de evidencia científica a pesar de su elevada incidencia y gravedad y de la necesidad de seguir investigando hacia personas con Alzheimer y disfagia sobre cuál serían las intervenciones y/o cuidados enfermeros más eficaces en cuanto a la reducción de complicaciones que se derivan de ambos diagnósticos, ya que considero que es de importante necesidad la información y educación a adquirir por los profesionales sanitarios, las familias y los cuidadores.

Resulta importantísimo, que el grado de concienciación entre cuidadores, familiares y profesionales sanitarios aumente sobre este tema de gran magnitud que está presente en nuestra población, ya que está muy infravalorado y no se tiene en cuenta las grandes repercusiones que ocasiona tanto para la calidad de vida del paciente como para las personas que están a su cuidado.

Los hallazgos encontrados tienen todo el sentido del mundo en cuanto a la utilidad que le podemos dar; que es tomar conciencia de la magnitud del problema que hay, la formación en el uso de otras estrategias alternativas menos invasivas a la implantación de sondas y disponer de apoyo a cuidadores, familiares, profesionales sanitarios mediante la educación para la salud en el manejo de este problema y la elaboración de

un plan de apoyo de acción global en cuidadores de personas con Enfermedad de Alzheimer y disfagia.

6. CONCLUSIONES

En base a los objetivos establecidos en este trabajo y mediante el análisis de los estudios científicos encontrados, establezco las siguientes conclusiones:

- ✓ Es recomendable la adaptación de la consistencia de los alimentos y los líquidos a la situación de cada paciente, dado que se ha demostrado que se reducen las complicaciones derivadas de la disfagia en pacientes con Alzheimer; como por ejemplo la deshidratación, la desnutrición, la aspiración, etc.
- ✓ En la efectividad del sondaje nasogástrico para la alimentación enteral existen ligeras controversias, debido a que en los estudios encontrados unos están a favor y otros en contra ya que no se encuentran beneficios en cuanto a la reducción de las complicaciones. En lo que sí están de acuerdo ambos estudios, es que antes de seleccionar este tipo de nutrición, se recomienda valorar otras estrategias que quizás sean más eficaces y a la vez no sean tan invasivas para nuestro paciente.
- ✓ En cuanto a la colocación de sondas gástricas percutáneas (PEG) o sondas de gastrostomía, no se ha demostrado mejoría en cuanto a la disminución del riesgo de complicaciones como el riesgo de aspiración y el estado nutricional entre otros. Se asocia además a un periodo largo de tiempo de hospitalización y a un mayor riesgo de aspiración y de neumonía por aspiración.
- ✓ El cambio postural es efectivo para reducir las complicaciones derivadas de la disfagia y de la EA, tanto en el riesgo de aspiración como en el riesgo de neumonía por aspiración. Para que esta intervención sea más efectiva se recomienda la modificación de la textura de los alimentos y líquidos a la situación de cada paciente.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Gil Gregorio P, Martín Sánchez J. Capítulo 17: Demencia. En: Abellán Van Kan G, Abizanda Soler P, Alastuey Giménez C, Alfaro Acha A, Alonso Álvarez M, et. Al. Tratado de geriatría para residentes. Madrid: S.A; 2011. P.173-188. [Consultado

- el 31 de enero de 2022]. Disponible en:
<https://www.segg.es/tratadogeriatría/main.html>
2. Rodríguez Escobar J, del Moral Sánchez J, Mayor de Frutos A. Estrategia en Enfermedades Neurodegenerativas del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad; 2016. [Consultado el 31 de enero de 2022]. Disponible en:
https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Est_Neurodegenerativas_APROBADA_C_INTERTERRITORIAL.pdf
 3. Costa Ribas, C. y Louro González, A. Demencia tipo Alzheimer. 2021. Fistera [En línea] Universidad de Jaén. Fistera. [Consultado el 31 de enero de 2022]. Disponible en: <http://www.ujaen.es/>
 4. Niu H. Álvarez Álvarez, I. Guillén Grima, F. Aguinaga Ontoso, I. Prevalencia e incidencia de la enfermedad de la enfermedad de Alzheimer en Europa: Metaanálisis. Neurología [En línea]. 2017. Elsevier. [Consultado el 31 de enero de 2022]. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213485316300032>
 5. Romano MF, Nissen MD, del Huerto NM, Parquet CA. Enfermedad de Alzheimer. Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina. 2007; (175): 9-12
 6. Sánchez Peláez M. Detección, diagnóstico y tratamiento de la disfagia funcional en el anciano hospitalizado: El papel de la enfermera. [Trabajo de fin de grado] Santiago; 2014. [Consultado el 31 de enero de 2022]. Disponible en:
<http://hdl.handle.net/10902/5595>
 7. Affo RH, Foley N, Rosenbek J, Shoemaker JK, Martin RE. Swallowing dysfunction and autonomic nervous system dysfunction in Alzheimer's disease: A scoping review of the evidence. J Am Geriatr Soc. [En línea] 2013. [Consultado 1 Febrero 2022]. Disponible en:
<https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jgs.12553>
 8. Nestlé Health Science [Internet]. España: Nestlehealthscience; 2017 [Consultado 1 Febrero 2022]. Vivir con disfagia. Disponible en:
www.nestlehealthscience.es/condiciones-medicas/envejecimiento/disfagia/vivircon-disfagia

9. Jiménez Rojas, C. Corregidor Sánchez, AI. Gutiérrez Bezón, C. Capítulo 53: Disfagia. Sociedad española de geriatría y gerontología. Tratado de geriatría para residentes. Madrid: S.A; 2011. P.545-553. [Consultado 1 Febrero 2022] Disponible en: <https://www.segg.es/tratadogeriatría/main.html>
10. Iglesias Vázquez L. Alimentación e hidratación en demencia avanzada. [Tesis Doctoral]. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas, ICAI ICADE; 2018. [Consultado 1 Febrero 2022]. Disponible en: <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/31284/TFM000952.pdf?sequence=1>
11. Palma Milla S, Meneses D, Valero M, Calso M, García Vázquez N, Ruiz Garrido M, Martín-Vega A, Gómez Candela C. Costes asociados a la desnutrición relacionada con la enfermedad y su tratamiento: revisión de la literatura. Nutr Hosp. 2018; 35:442- 460. [Consultado 1 Febrero 2022]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112018000200442
12. Camarero González, E. Consecuencias y tratamiento de la disfagia. Nutr Hosp Suplementos. 2009; 2(2):66-78. [Consultado 2 Febrero 2022]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3092/309226754007.pdf>
13. Montero Errasquín B, Cruz Jentoft AJ. Capítulo 6.5: Enfermedades neurológicas. Demencias. En : Serrano Ríos M, Cervera Ral P, López Nomdedeu C, Ribera Casado JM, Sastre Gallego A. Guía para la alimentación para personas mayores. Madrid: ERGON; 2010. 135-144. [Consultado 2 Febrero 2022]. Disponible en: www.institutodanone.es/assets/guia_de_alimentacion_para_personas_mayores.pdf
14. Sieiro Marrero R, Sosa Álvarez L. La disfagia. repercusiones y tratamiento en la enfermedad de Alzheimer y Parkinson [Trabajo de fin de grado] Madrid: Universidad de La Laguna; 2016. [Consultado 2 Febrero 2022]. Disponible en: <https://riull.ull.es/xmlui/handle/915/2593>
15. Sánchez Peláez M. Detección, diagnóstico y tratamiento de la disfagia orofaríngea funcional en el anciano hospitalizado: El papel de la enfermera [Internet]. Repositorio.unican.es. 2014 [Consultado el 4 de febrero de 2022]. Disponible en:

<https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/5595/SanchezPelaezMV.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

16. Sura L, Madhavan A, Carnaby G, Crary MA. Dysphagia in the elderly: management and nutritional considerations. Clin Interv Aging 2012;7:287-298. [Consultado el 4 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22956864/>
17. Gomez-Busto F, Andia V, Ruiz de Alegria L, Frances I. Approach to dysphagia in advanced dementia. Rev Esp Geriatr Gerontol 2009 Nov; 44 Suppl 2:29-36. [Consultado el 4 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19800150/>
18. Forster A, Samaras N, Gold G, Samaras D. Oropharyngeal dysphagia in older adults: A review. European Geriatric Medicine 2011;2(6):356-362. [Consultado el 4 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/251718407_Oropharyngeal_dysphagia_in_older_adults_A_review
19. Crary MA, Groher ME. Reinstating oral feeding in tube-fed adult patients with dysphagia. Nutrition in Clinical Practice 2006;21(6):576-586. Pubmed. [Consultado el 4 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17119164/>
20. Candy B, Sampson EL, Jones L. Enteral tube feeding in older people with advanced dementia: findings from a Cochrane systematic review. Int J Palliat Nurs 2009; 15(8):396-404. Pubmed. [Consultado el 4 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19773704/>
21. Sharp HM, Shega JW. Feeding tube placement in patients with advanced dementia: the beliefs and practice patterns of speech-language pathologists. Am J Speech Lang Pathol 2009; 18(3):222-230. Pubmed. [Consultado el 4 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19106205/>
22. Forster A, Samaras N, Gold G, Samaras D. Oropharyngeal dysphagia in older adults: A review. European Geriatric Medicine 2011;2(6):356-362. [Consultado el 4 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S187876491100194X>

23. Pérez Menéndez, A. Día Mundial de la Enfermedad de Alzheimer. [Internet]. Sen.es. 2022 [Consultado el 11 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.sen.es/saladeprensa/pdf/Link280.pdf>
24. Organización Mundial de la Salud. Demencia [Internet]. who.int. 2022 [Consultado el 11 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
25. Instituto Nacional de Estadística. Población que tienen diagnosticadas determinadas enfermedades crónicas según la enfermedad por sexo. [Internet]. INE. 2022 [Consultado el 15 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p418/a2008/centros/p01/l0/&file=01021.px>
26. Cabello, J.B. por CASPe. Programa de lectura crítica CASPE. [Internet]. Fcsalud.ua.es. 2022 [Consultado el 22 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://redcaspe.org/materiales/>
27. Flynn E, Smith CH, Walsh CD, Walshe M. Modifying the consistency of food and fluids for swallowing difficulties in dementia. [Internet]. Cochrane. 2018 [Consultado el 25 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011077.pub2/full/es>
28. González, MB. Recio, GM. Abordaje de la disfagia en pacientes con Alzheimer. [Internet]. Scopus.com. [Consultado el 25 de marzo de 2022]. Disponible en: https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-84982980420&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&st1=Abordaje+de+la+disfagia+en+enfermos+de+alz%3%a9imer&sid=6d0586a9a866b4dfc803210434b6c266&sot=b&sdt=b&sl=63&s=TITLE-ABS-KEY%28Abordaje+de+la+disfagia+en+enfermos+de+alz%3%a9imer%29&relpos=1&citeCnt=2&searchTerm=&featureToggles=FEATURE_NEW_DOC_DETAILS_EXPORT:1
29. Chen LL, LiH, LinR, Zheng JH et al. Efectos de una intervención alimentaria en pacientes con Enfermedad de Alzheimer y disfagia [Internet]. Medline. [Consultado el 25 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://web-s--ebscobhost-com.ujaen.debiblio.com/ehost/detail/detail?vid=0&sid=f53e6e67-329d-41f8->

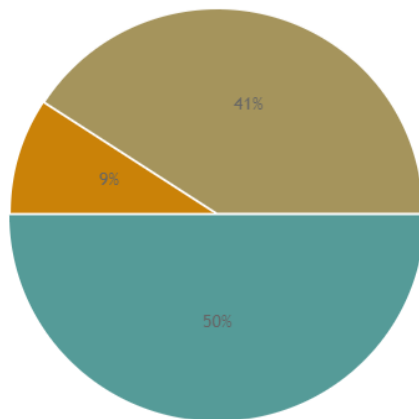
[a62a-e59792e5bd03%40redis&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZSZzY29wZT1zaXRI#AN=26420351&db=cmedm](#)

30. Correia S, Morillo L, Jacob Filho W, Mansur L. Deglución en fases moderadas y severas de la enfermedad de Alzheimer [Internet]. Lilacs. [Consultado el 25 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/lil-571323>
31. Gilmore-Bykovskyi AL, Rogus-Pulia N. Asociaciones temporales entre el enfoque del cuidado, los síntomas conductuales y los indicadores observables de aspiración en residentes de hogares de ancianos con demencia. [Internet]. Pubmed [Consultado el 25 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29484354/>
32. Pintor V, Le Couteur DG, et al. Alimentos y fluidos de textura modificada en demencia y centros residenciales de cuidados de ancianos. [Internet]. Medline. [Consultado el 25 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://web-s--ebscohost-com.uaen.debiblio.com/ehost/detail/detail?vid=0&sid=761eec7c-647f-49e0-a5d5-dd1ab9e560f1%40redis&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZSZzY29wZT1zaXRI#AN=28814845&db=cmedm>
33. Sampson EL, Candy B, Jones L. Enteral tube feeding for older people with advanced dementia. [Internet]. Cochrane. [Consultado el 26 de marzo 2022] Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007209.pub2/full/es>
34. Lubart E, Leibovitz A, Habot B. Attitudes of relatives and nursing staff toward tuboenteral feeding in severely demented patients. [Internet]. Pubmed. [Consultado el 26 de marzo de 2022] Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15002342/>
35. Kim DS, Jones RN, Shireman TI, Kluger BM, Friedman JH, Akbar U. Trends and outcomes associated with gastrostomy tube placement in common neurodegenerative disorders. [Internet]. Pubmed. [Consultado el 27 de marzo de 2022] Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34316666/>

36. Paranj S, Paranj N, Wright S, Chandra S. A nationwide study of the impact of dysphagia on hospital outcomes among patients with dementia. [Internet]. Pubmed. [Consultado el 27 de marzo de 2022] Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27821563/>

8. ANEXOS

Anexo 1. Pacientes institucionalizados que padecen la Enfermedad de Alzheimer.



Naranja: Porcentaje de hombres diagnosticados con Alzheimer.

Marrón: Porcentaje de mujeres diagnosticadas con Alzheimer.

Azul: Porcentaje de personas no diagnosticadas aún o que no padecen Alzheimer.

Fuente: Encuesta de discapacidad, autonomía personal y situaciones de dependencia, demencia tipo Alzheimer. Instituto Nacional de Estadística (INE).

Anexo 2. Guía CASPE.

 Ensayo clínico CASPE.

A/¿Son válidos los resultados del ensayo?

Preguntas "de eliminación"

1 ¿Se orienta el ensayo a una pregunta claramente definida? <i>Una pregunta debe definirse en términos de:</i> - La población de estudio. - La intervención realizada. - Los resultados considerados.	☐ SÍ ☐ NO SÉ ☐ NO
2 ¿Fue aleatoria la asignación de los pacientes a los tratamientos? - ¿Se mantuvo oculta la secuencia de aleatorización?	☐ SÍ ☐ NO SÉ ☐ NO
3 ¿Fueron adecuadamente considerados hasta el final del estudio todos los pacientes que entraron en él? - ¿El seguimiento fue completo? - ¿Se interrumpió precozmente el estudio? - ¿Se analizaron los pacientes en el grupo al que fueron aleatoriamente asignados?	☐ SÍ ☐ NO SÉ ☐ NO

Preguntas de detalle

4 ¿Se mantuvo el cegamiento a: - Las pacientes. - Los clínicos. - El personal del estudio.	☐ SÍ ☐ NO SÉ ☐ NO
5 ¿Fueron similares los grupos al comienzo del ensayo? <i>En términos de otros factores que pudieran tener efecto sobre el resultado: edad, sexo, etc.</i>	☐ SÍ ☐ NO SÉ ☐ NO
6 ¿Al margen de la intervención en estudio los grupos fueron tratados de igual modo?	☐ SÍ ☐ NO SÉ ☐ NO

B/ ¿Cuáles son los resultados?

7 ¿Es muy grande el efecto del tratamiento? ¿Qué desenlaces se midieron? ¿Los desenlaces medidos son los del protocolo?	
8 ¿Cuál es la precisión de este efecto? ¿Cuáles son sus intervalos de confianza?	

C/¿Pueden ayudarnos estos resultados?

9 ¿Puede aplicarse estos resultados en tu medio o población local? ¿Crees que los pacientes incluidos en el ensayo son suficientemente parecidos a tus pacientes?	☐ SÍ ☐ NO SÉ ☐ NO
10 ¿Se tuvieron en cuenta todos los resultados de importancia clínica? <i>En caso negativo, ¿en qué afecta eso a la decisión a tomar?</i>	☐ SÍ ☐ NO SÉ ☐ NO
11 ¿Los beneficios a obtener justifican los riesgos y los costes? <i>Es improbable que pueda deducirse del ensayo pero, ¿qué piensas tú al respecto?</i>	☐ SÍ ☐ NO

A/ ¿Los resultados de la revisión son válidos?

Preguntas "de eliminación"

1 ¿Se hizo la revisión sobre un tema claramente definido? <i>PISTA: Un tema debe ser definido en términos de</i> - La población de estudio. - La intervención realizada. - Los resultados ("outcomes") considerados.	SÍ NO SÉ NO
2 ¿Buscaron los autores el tipo de artículos adecuado? <i>PISTA: El mejor "tipo de estudio" es el que</i> - Se dirige a la pregunta objeto de la revisión. - Tiene un diseño apropiado para la pregunta.	SÍ NO SÉ NO

3 ¿Crees que estaban incluidos los estudios importantes y pertinentes? <i>PISTA: Busca</i> - Qué bases de datos bibliográficas se han usado. - Seguimiento de las referencias. - Contacto personal con expertos. - Búsqueda de estudios no publicados. - Búsqueda de estudios en idiomas distintos del inglés.	SÍ NO SÉ NO
4 ¿Crees que los autores de la revisión han hecho suficiente esfuerzo para valorar la calidad de los estudios incluidos? <i>PISTA: Los autores necesitan considerar el rigor de los estudios que han identificado. La falta de rigor puede afectar al resultado de los estudios ("No es oro todo lo que reluce" El Mercader de Venecia, Acto II)</i>	SÍ NO SÉ NO
5 Si los resultados de los diferentes estudios han sido mezclados para obtener un resultado "combinado", ¿era razonable hacer eso? <i>PISTA: Considera si</i> - Los resultados de los estudios eran similares entre sí. - Los resultados de todos los estudios incluidos están claramente mezclados. - Están discutidos los motivos de cualquier variación de los resultados.	SÍ NO SÉ NO

B/ ¿Cuáles son los resultados?

6 ¿Cuál es el resultado global de la revisión? <i>PISTA: Considera</i> - Si tienes claro los resultados últimos de la revisión. - ¿Cuáles son? (numéricamente, si es apropiado). - ¿Cómo están expresados los resultados? (MNT, odds ratio, etc.)	
7 ¿Cuál es la precisión del resultado/s? <i>PISTA:</i> <i>Busca los intervalos de confianza de los estimadores.</i>	

C/ ¿Son los resultados aplicables en tu medio?

8 ¿Se pueden aplicar los resultados en tu medio? <i>PISTA: Considera si</i> - Los pacientes cubiertos por la revisión pueden ser suficientemente diferentes de los de tu área. - Tu medio parece ser muy diferente al del estudio.	SÍ NO SÉ NO
9 ¿Se han considerado todos los resultados importantes para tomar la decisión?	SÍ NO SÉ NO
10 ¿Los beneficios merecen la pena frente a los perjuicios y costes? <i>Aunque no esté planteado explícitamente en la revisión, ¿qué opinas?</i>	SÍ NO

A/ ¿Son los resultados del estudio válidos?

Preguntas de eliminación

1 ¿El estudio se centra en un tema claramente definido? <i>PISTA: Una pregunta se puede definir en términos de</i> - La población estudiada. - Los factores de riesgo estudiados. - Los resultados "outcomes" considerados. - ¿El estudio intentó detectar un efecto beneficioso o perjudicial?	☐ SÍ ☐ NO SÉ ☐ NO
2 ¿La cohorte se reclutó de la manera más adecuada? <i>PISTA: Se trata de buscar posibles sesgos de selección que puedan comprometer que los hallazgos se puedan generalizar.</i> - ¿La cohorte es representativa de una población definida? - ¿Hay algo "especial" en la cohorte? - ¿Se incluyó a todos los que deberían haberse incluido en la cohorte? - ¿La exposición se midió de forma precisa con el fin de minimizar posibles sesgos?	☐ SÍ ☐ NO SÉ ☐ NO

Preguntas de detalle

3 ¿El resultado se midió de forma precisa con el fin de minimizar posibles sesgos? <i>PISTA: Se trata de buscar sesgos de medida o de clasificación:</i> - ¿Los autores utilizaron variables objetivas o subjetivas? - ¿Las medidas reflejan de forma adecuada aquello que se supone que tiene que medir? - ¿Se ha establecido un sistema fiable para detectar todos los casos (por ejemplo, para medir los casos de enfermedad)? - ¿Se clasificaron a todos los sujetos en el grupo exposición utilizando el mismo tratamiento? - ¿Los métodos de medida fueron similares en los diferentes grupos? - ¿Eran los sujetos y/o el evaluador de los resultados ciegos a la exposición (si esto no fue así, importa)?	☐ SÍ ☐ NO SÉ ☐ NO
---	---

4 ¿Han tenido en cuenta los autores el potencial efecto de los factores de confusión en el diseño y/o análisis del estudio? <i>PISTA: Haz una lista de los factores que consideras importantes</i> - Busca restricciones en el diseño y en las técnicas utilizadas como, por ejemplo, los análisis de modelización, estratificación, regresión o de sensibilidad utilizados para corregir, controlar o justificar los factores de confusión. Lista:	☐ SÍ ☐ NO SÉ ☐ NO
5 ¿El seguimiento de los sujetos fue lo suficientemente largo y completo? <i>PISTA:</i> - Los efectos buenos o malos deberían aparecer por ellos mismos. - Los sujetos perdidos durante el seguimiento pueden haber tenido resultados distintos a los disponibles para la evaluación. - En una cohorte abierta o dinámica, ¿hubo algo especial que influyó en el resultado o en la exposición de los sujetos que entraron en la cohorte?	☐ SÍ ☐ NO SÉ ☐ NO
B/ ¿Cuáles son los resultados?	
6 ¿Cuáles son los resultados de este estudio? <i>PISTA:</i> - ¿Cuáles son los resultados netos? - ¿Los autores han dado la tasa o la proporción entre los expuestos/no expuestos? - ¿Cómo de fuerte es la relación de asociación entre la exposición y el resultado (RR)?	
7 ¿Cuál es la precisión de los resultados?	

C/ ¿Son los resultados aplicables a tu medio?

8 ¿Te parecen creíbles los resultados? <i>PISTA: ¡Un efecto grande es difícil de ignorar!</i> - ¿Puede deberse al azar, sesgo o confusión? - ¿El diseño y los métodos de este estudio son lo suficientemente defectuosos para hacer que los resultados sean poco creíbles? <i>Considera los criterios de Bradford Hill (por ejemplo, secuencia temporal, gradiente dosis-respuesta, fortaleza de asociación, verosimilitud biológica).</i>	☐ SÍ ☐ NO SÉ ☐ NO
9 ¿Los resultados de este estudio coinciden con otra evidencia disponible?	☐ SÍ ☐ NO SÉ ☐ NO
10 ¿Se pueden aplicar los resultados en tu medio? <i>PISTA: Considera si</i> - Los pacientes cubiertos por el estudio pueden ser suficientemente diferentes de los de tu área. - Tu medio parece ser muy diferente al del estudio. - ¿Puedes estimar los beneficios y perjuicios en tu medio?	☐ SÍ ☐ NO SÉ ☐ NO
11 ¿Va a cambiar esto tu decisión clínica?	

Fuente: Programa de lectura crítica CASPE. Redcaspe.