



**Universidad
Europea**

Grado en **ENFERMERÍA**

Trabajo Fin de Grado

**ABORDAJE DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA DISFAGÍA EN PACIENTES
INSTITUCIONALIZADOS EN RESIDENCIAS DE LA TERCERA EDAD**

Presentado por: Dña. Angels Martorell Briz

Tutor/es: Dra. Marta Pérez Doménech

AGRADECIMIENTOS

El presente trabajo va dedicado a mis padres y mi hermana, porque gracias a su apoyo, esfuerzo y confianza no habría llegado hasta aquí. A mis abuelos, porque, aunque no estén, siempre me acompañan en el camino. Gracias por ayudarme a cumplir mi sueño de ser enfermera.

También quiero transmitir mi agradecimiento a mi pareja. Miguel, muchas gracias por todo lo que haces por mí, por estar siempre a mi lado y apoyarme en cada pasito que doy, por cuidarme, sacrificarte por mi estudio e impulsarme a crecer como persona y como profesional.

A mis amigas, en especial a Raquel, gracias por motivarme y estar siempre presente.

Finalmente, quiero agradecer a mi tutora Marta toda la ayuda brindada para realizar este trabajo y a todo el profesorado de la Universidad Europea de Valencia por estos 4 años de formación que me ha permitido llegar a ser enfermera.

Muchísimas gracias a todos por estar conmigo.

Índice

Índice de abreviaturas.	
Índice de tablas.	
Índice de figuras.	
Resumen y palabras clave/Abstract and keywords.	
1. Introducción.....	1
1.1. Justificación temática.....	1
2. Marco teórico.....	3
2.1. Residencias de la tercera edad.....	3
2.1.1. Prevalencia.....	3
2.1.2. Tipos de residencias.....	4
2.2. Disfagia.....	5
2.2.1. Deglución.....	5
2.2.2. Fases de la deglución.....	5
2.2.3. Prevalencia de la disfagia.....	6
2.2.4. Causas.....	6
2.2.5. Tipos de disfagia.....	7
2.2.6. Consecuencias.....	8
2.2.7. Signos y síntomas.....	9
2.2.8. Diagnóstico.....	10
2.2.8.1. Métodos clínicos.....	11
2.2.8.2. Métodos instrumentales.....	15
2.2.9. Preparación de alimentos.....	16
2.2.10. Repercusiones sociales.....	19
2.3. Objetivos de desarrollo sostenible (ODS).....	20
3. Hipótesis.....	22
4. Objetivos.....	23
4.1. Objetivo general.....	23
4.2. Objetivos específicos.....	23
5. Material y métodos.....	24
5.1. Pregunta de investigación.....	24
5.2. Pregunta PICO.....	24
5.3. Tipo de diseño.....	25
5.4. Población diana.....	25
5.4.1. Criterios de inclusión.....	25
5.4.2. Criterios de exclusión.....	25
5.5. Estrategia de búsqueda.....	26
5.5.1. Operadores booleanos y búsqueda avanzada.....	26

5.6. Diagrama de flujo.....	27
6. Resultados.....	28
7. Discusión.....	37
7.1. Recomendaciones basadas en la evidencia: Implicaciones en la práctica.....	39
7.2. Limitaciones del estudio.....	39
7.3. Sesgos.....	39
7.4. Futuras líneas de investigación.....	39
8. Conclusión.....	40
9. Bibliografía.....	41
10. Anexos.....	45

Índice de abreviaturas.

AC: Auscultación Cervical.

CIE – 10: Clasificación internacional de enfermedades 10ª revisión.

DHI: *The Dysphagia Handicap Index*.

DO: Disfagia orofaríngea.

EAT-10: Escala *Eating Assessment Tool-10*.

EEl: Esfínter esofágico inferior.

EES: Esfínter esofágico superior.

ELA: Esclerosis lateral amiotrófica.

FEES: Evaluación fibroscópica de la deglución.

GUSS: Test de deglución de Gugging Swallowing Screen.

GVA: Generalitat Valenciana.

IDDSI: Iniciativa internacional de normalización de la dieta para la disfagia.

IMSERSO: Instituto de Mayores y Servicios Sociales.

MDADI: *MD Anderson Dysphagia Inventory*.

MECV-V: Método de exploración clínica volumen-viscosidad.

MFE: Manometría faringoesofágica.

ODS: Objetivos de Desarrollo Sostenible.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

ONU: Organización de las Naciones Unidas.

PEVS: Prestación Económica Vinculada al Servicio.

SAAD: Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

SWAL-QoL: *Swallowing Quality of Life Questionnaire*.

VFSS: Estudio videofluoroscópico de la deglución.

Índice de tablas.

Tabla 1: Tabla de signos y síntomas de la disfagia según la fase de deglución.

Tabla 2: Niveles de clasificación de las dietas de textura modificada.

Tabla 3: Desglose de resultados de la búsqueda bibliográfica.

Tabla 4: Resultados de la búsqueda bibliográfica en las bases de datos.

Tabla 5: Resultados del estudio de la revisión bibliográfica.

Índice de figuras.

Figura 1: Algoritmo MECV-V.

Figura 2: Los ODS de la agenda 2030.

Figura 3: Pregunta PICO.

Figura 4: Diagrama de flujo.

Resumen y palabras clave

Introducción: La disfagia es una enfermedad que dificulta la deglución resultado de alteraciones estructurales o funcionales. Ésta puede tener consecuencias severas para la salud como deshidratación, malnutrición o neumonía por aspiración. Por ello es vital que su diagnóstico sea precoz para prevenir complicaciones y mejorar la calidad de vida del paciente.

Objetivo: Proporcionar una síntesis de las investigaciones consultadas sobre los pacientes con disfagia institucionalizados en residencia de la tercera edad para mejorar su calidad de vida a través de un diagnóstico precoz y los cuidados de enfermería de calidad.

Material y métodos: Se trata de una revisión bibliográfica que se ha llevado a cabo en las bases de datos Cinahl full text y Medline complete. Además, se incluyen datos de instituciones públicas y artículos en inglés, partiendo de un rango de búsqueda de los últimos 5 años desde el 2018 hasta 2023.

Resultados: Se han seleccionado 9 artículos para el análisis de los resultados con un nivel de evidencia variado ya que se han encontrado revisiones de distinta calidad metodológica.

Conclusiones: Es vital dirigir los cuidados de enfermería hacia la detección precoz y el uso de las técnicas diagnósticas para facilitar la individualización del tratamiento para mejorar la calidad de vida y las repercusiones sociales de los pacientes con disfagia, en concreto en los institucionalizados debido a sus características psicosociales y nutricionales.

Palabras clave: Disfagia, trastorno de la deglución, métodos diagnósticos, dieta modificada, paciente institucionalizado.

Abstract and keywords

Introduction: Dysphagia is a disease that makes swallowing difficult as a result of structural or functional alterations. It can have severe health consequences such as dehydration, malnutrition or aspiration pneumonia. It is therefore vital that it is diagnosed early to prevent complications and improve the patient's quality of life.

Objective: To provide a synthesis of the research consulted on patients with dysphagia institutionalised in nursing homes in order to improve their quality of life through early diagnosis and quality nursing care.

Material and methods: This is a literature review that has been carried out in the databases Cinahl full text and Medline complete. In addition, data from public institutions and articles in English are included, based on a search range of the last 5 years from 2018 to 2023.

Results: Nine articles have been selected for the analysis of the results with a varied level of evidence as reviews of different methodological quality have been found.

Conclusions: It is vital to direct nursing care towards early detection and the use of diagnostic techniques to facilitate the individualisation of treatment to improve the quality of life and social impact of patients with dysphagia, particularly in institutionalised patients due to their psychosocial and nutritional characteristics.

Keywords: *Dysphagia, swallowing disorders, diagnosis, texture modification, nursing home.*

1. Introducción.

1.1. Justificación temática.

La palabra disfagia proviene del griego y está constituida por dos raíces, “*dys-*” que significa dificultad y “*-fagia*” significa comer, por tanto, la disfagia es la dificultad para comer (Anders, s. f.). Dentro de la disfagia se conocen tres tipos según su origen: el primer tipo es la disfagia orofaríngea (DO) en la cual hay una dificultad en las fases iniciales de la deglución debido a un mal funcionamiento de la faringe, esfínter esofágico superior (EES) o del esófago proximal, el segundo tipo es la disfagia esofágica que consiste en un mal funcionamiento del esófago o de la unión esofagogástrica (Estupiñán Artiles et al., 2021) y, por último, el tercer tipo es la disfagia mixta que incluye el mal funcionamiento de la faringe y el esófago (Glaucia del Burgo, s. f.). La disfagia no se consideraba una enfermedad, sino una complicación o síntoma de un problema subyacente como enfermedades neurológicas, musculoesqueléticas, oncológicas, infecciosas, iatrogénicas, cardiorrespiratorias, autolíticas, psiquiátricas, derivados de la medicación, etc. Actualmente se considera una enfermedad diagnosticada y se incluye en la clasificación internacional de enfermedades 10ª revisión (CIE-10) (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2018).

Esta condición clínica afecta al 13% de la población total de mayores de 65 años y afecta al 52,7% de los residentes mayores de 65 años de centros sociosanitarios (Calles-Sánchez & Pardal-Refoyo, 2023). Por otro lado, se estima que la prevalencia de disfagia en personas mayores de 50 años que viven en sociedad es del 16-22% y entorno al 60-80% de los residentes en centros de larga estancia padecen o han padecido disfagia, mayoritariamente DO (Canham, 2017). A pesar de que esta condición está muy extendida entre la población, afectando a más de 40 millones de personas en Europa y concretamente 2 millones de personas en España (Servicio Andaluz de Salud, s. f.) está infradiagnosticada, pasando desapercibida por un lado, por los pacientes y cuidadores que no identifican la tos como un problema y por otro lado, los profesionales sanitarios que no investigan regularmente síntomas de la DO y las dificultades para tragar (Fedecostante et al., 2023).

Es crucial que este trastorno se diagnostique precozmente ya que podría provocar unas severas consecuencias de salud en los pacientes, destacando la neumonía por aspiración, la malnutrición y la deshidratación. La DO incrementa el riesgo de mortalidad y reduce la calidad de vida de los pacientes (Calles-Sánchez & Pardal-Refoyo, 2023). Visto lo cual hay un impacto negativo en las interacciones sociales y el bienestar psicológico de los pacientes ya que pueden experimentar ansiedad y pánico al comer por miedo a morir. Además, estos pacientes tienen más probabilidades de ingresar en el hospital o en residencias de la tercera edad (Estupiñán Artiles et al., 2021). Sumado a esto la DO se asocia a otros síndromes y afecciones geriátricos comunes como la fragilidad y la sarcopenia (Fedecostante et al., 2023).

Para diagnosticar la DO uno de los principales métodos diagnósticos es el estudio videofluoroscópico de la deglución (VFSS) que evalúa la seguridad y eficacia de la deglución. Una de las ventajas de esta prueba es que se visualiza a tiempo real, facilitando la identificación de problemas específicos en el momento. Por el contrario, uno de los inconvenientes es la exposición a la radiación ya que esta prueba requiere rayos X. Otro método diagnóstico generalizado es la evaluación fibroscópica de la deglución (FEES) evalúa lo mismo que el método anterior, pero cambiando la perspectiva anatómica por lo que ambas pueden complementarse. Una de las ventajas de esta prueba respecto a la anterior es que puede realizarse en diferentes entornos ya que no necesita el departamento de radiología. No obstante, esta prueba no evalúa la región esofágica, centrándose solo en la faringe y la laringe. Paralelamente hay un método diagnóstico muy extendido que es el método de exploración clínica volumen-viscosidad (MECV-V) (Calles-Sánchez & Pardal-Refoyo, 2023). Una de las ventajas de este método es que es una prueba sencilla y rápida que permite evaluar la capacidad del paciente para tragar diferentes volúmenes y viscosidades de líquido y esto a su vez tiene una limitación ya que solo se centra en la evaluación de líquidos y no en alimentos sólidos.

Debido al aumento de la esperanza de vida de la población, se considera decisivo abordar la DO para prevenir complicaciones y mejorar la calidad de vida del paciente, ya que a partir de los 65 años se produce la sarcopenia que consiste en la pérdida de masa muscular, que es una de las muchas causas de esta afección (Rivelsrud et al., 2022). Que la edad sea un factor de riesgo para padecer este trastorno se debe a la presbifagia, que se define como la alteración del patrón de deglución fisiológicamente alterado por el envejecimiento, pero no tiene relevancia patológica ya que esto en sí mismo no significa que vaya a desarrollarse un trastorno de la deglución (Fedecostante et al., 2023).

El papel del equipo de enfermería es imprescindible para identificar signos y síntomas de la DO, además del tratamiento y aplicación de los cuidados de enfermería en estos pacientes. Se considera que enfermería está completamente capacitada para detectar problemas en la deglución (Calles-Sánchez & Pardal-Refoyo, 2023). Por tanto, el objetivo general de este trabajo es proporcionar una síntesis de las investigaciones consultadas sobre los pacientes con disfagia institucionalizados en residencias de la tercera edad para mejorar su calidad de vida a través de los cuidados de enfermería de calidad y un diagnóstico precoz. Para cumplir con dicho objetivo es necesario conocer su prevalencia, presentar los métodos diagnósticos de la disfagia, analizar las complicaciones de la disfagia y estudiar la preparación de alimentos y texturas.

2. Marco teórico.

En este apartado se va a definir por un lado que es una residencia de la tercera edad, su prevalencia y sus tipos, es importante conocer esta información ya que nuestra población diana son las personas >65 años con disfagia en las residencias de la tercera edad. Por otro lado, se va a definir que es la deglución y sus fases, la prevalencia de la disfagia, sus causas, sus tipos, las consecuencias, sus signos y síntomas, su diagnóstico, preparación de alimentos, repercusiones sociales y por último los objetivos de desarrollo sostenible (ODS). Todo ello es imprescindible para poder aportar unos cuidados de alta calidad y mejorar la calidad de vida del paciente con disfagia.

2.1. Residencias de la tercera edad.

Las residencias para personas mayores prestan servicios de alojamiento, protección y atención a las necesidades básicas de los residentes y también a las necesidades personales y sociales de cada residente. Es un centro donde reciben una atención integral y continua para fomentar su autonomía y aumentar su calidad de vida (Generalitat Valenciana, s. f.).

2.1.1. Prevalencia.

En España hay 5.542 centros residenciales distribuidos en 4.107 centros privados y 1.435 centros públicos, de los cuales el 62% de las plazas son de financiación pública y el 38% restante son plazas de financiación privada. En general el número medio de plazas por centro es de 70 plazas siendo el 80% de los residentes mayores de 80 años y el 71% siendo mujeres. La aportación económica de los residentes es del 36% en residencias públicas (20.686€/año) y un 40% en las de concertación (19.500€/año). La tasa de plazas residenciales en España para las personas mayores se mantiene por debajo del objetivo marcado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) es de 5 plazas residenciales por cada 100 personas mayores de 65 años, como consecuencia a esto y al aumento del número de personas mayores de 65 años, pasando de 8 millones de personas en 2010 a 9,2 millones en 2020, la tasa se ha reducido a unas 4,22 plazas residenciales por cada 100 personas mayores, teniendo en la Comunidad Valencia solo un 2,77%. Esto es un grave problema ya que se estima que unas 100.000 personas en España que tienen reconocido el grado 2 y 3 de dependencia están en la lista de espera de los centros residenciales (IMSERSO, 2021).

2.1.2. Tipos de residencias.

Los centros residenciales se pueden clasificar según su titularidad o según el grado de dependencia del usuario (IMSERSO, 2021).

Tipos de centros para personas mayores según su titularidad:

- Residencias de mayores públicas: Residencias cuya titularidad es de la Administración y las plazas están financiadas por el ayuntamiento o la comunidad autónoma, cuyo acceso requiere el cumplimiento de unos requisitos, por ejemplo, tener 65 años o bien 60 si la persona tiene dependencia severa o moderada, llevar dos años mínimo empadronado en el municipio, no sufrir trastornos conductuales severos ni necesitar atención sanitaria con hospitalización, entre otros.
- Residencias de mayores privadas: Centros que dependen de una empresa privada, pero tienen la autorización de organismos públicos. Para acceder solo hay tres condiciones. La primera es cumplir con los requisitos que exijan cada centro privado, la segunda es aceptar el reglamento interno y, por último, poder cumplir con las cuotas establecidas. Dentro de estos centros se ofrecen tres tipos de plazas diferentes:
 - Plazas privadas: El usuario asume completamente el coste de su plaza.
 - Plazas privadas con prestación económica vinculada al servicio (PEVS): Consiste en que el usuario puede beneficiarse de una ayuda económica en función de su grado de dependencia y sus recursos económicos. La financiación de los gastos de atención residencial proviene del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD).
 - Plazas concertadas o colaboradoras: Están financiadas parcialmente o totalmente por la administración pública.

Tipos de centros para mayores según la dependencia:

- Residencias para personas mayores autónomas: Son residencias para personas que pueden valerse por sí mismas para realizar tareas de la vida diaria, pero por alguna circunstancia no quieren o no pueden estar en su residencia. La infraestructura está diseñada para proporcionar comodidad y acceso acordes a la edad, pero no está adaptado completamente a personas dependientes.
- Residencias de mayores asistidas: Las personas que viven en estas residencias sufren algún tipo de discapacidad física y/o psíquica y necesitan una atención integral con ayuda del equipo médico y asistencial.
- Residencias mixtas: Tipo de residencias más común donde hay personas autónomas y personas dependientes.

2.2. Disfagia.

2.2.1. Deglución.

La deglución es un conjunto de fases coordinadas, voluntarias e involuntarias que consisten en trasladar los alimentos o líquidos desde la boca hasta el estómago. El propósito de la deglución es la nutrición del individuo (Cortés Otal, 2020). Tiene dos características, la primera es la eficacia de la deglución que se define como la posibilidad de ingerir la totalidad de líquidos, calorías, alimentos sólidos y saliva para una adecuada hidratación y nutrición. La segunda característica es la seguridad de la deglución que se define como la posibilidad de ingerir calorías, líquidos, alimentos sólidos y saliva sin complicaciones respiratorias (Méndez Sánchez et al., 2017).

2.2.2. Fases de la deglución.

La deglución se divide en 4 fases y están ordenadas según el orden cronológico, es importante conocer las características de cada fase para identificar fácilmente el problema y reducir el riesgo de complicaciones.

- **FASE ORAL PREPARATORIA:** La masticación empieza con la llegada del alimento a la boca, con ayuda de movimientos mandibulares y dentarios, labios, lengua, mejillas y saliva, se fragmentan los alimentos y se mezcla todo, dando lugar al bolo alimenticio.
- **FASE ORAL PROPULSIVA:** Cuando el bolo alimenticio tiene la consistencia para ser deglutido, la musculatura oral y la lengua lo recogen y posicionan en la parte posterior de la cavidad oral y lo impulsa hacia la faringe. Se desencadena el disparo del reflejo deglutorio.
- **FASE FARÍNGEA:** El bolo alimenticio llega hasta el EES y se produce un corte de la respiración para evitar aspiraciones nasales, gracias a la contracción de los músculos elevadores del velo del paladar. También se produce la elevación de la laringe y el hueso hioides, el descenso de la epiglotis, la aproximación de las cuerdas vocales y el cierre de la glotis.
- **FASE ESOFÁGICA:** El bolo alimenticio gracias a los movimientos peristálticos atraviesa el esófago. La apertura coordinada del esfínter esofágico inferior (EEI) permite que el bolo alimenticio entre al estómago.

Se podría diferenciar una quinta fase pre-oral que sería el reconocimiento sensorial del alimento. Surge un reflejo psíquico debido a los estímulos externos visuales, olfativos y táctiles con lo que favorece la secreción de saliva, activan el sentido del gusto y el deseo de comer (Cortés Otal, 2020).

2.2.3. Prevalencia de la disfagia.

La disfagia es una afección que dificulta el traslado efectivo del bolo alimenticio desde la boca al estómago, alterando la seguridad y eficacia de la deglución. Esta condición clínica afecta al 13% de la población total mayores de 65 años y afecta al 52,7% de los residentes mayores de 65 años de centros sociosanitarios (Calles-Sánchez & Pardal-Refoyo, 2023).

Por otro lado, se estima que la prevalencia de la disfagia en personas mayores de 50 años que viven en sociedad es del 16 - 22% y entorno al 60 - 80% de los residentes en centros de larga estancia padecen o han padecido disfagia, mayoritariamente la DO (Canham, 2017). Esta condición está muy extendida entre la población, afectando a más de 40 millones de personas en Europa y concretamente 2 millones de personas en España, pero solamente un 20% está diagnosticada.

Como consecuencia del aumento de los síntomas con la edad, los diagnósticos también aumentan, diagnosticándose el 30 - 60% en personas de más de 65 años. Esta prevalencia aumenta en las personas que padecen accidentes cerebrovasculares con un 40%, en la enfermedad de Parkinson esta diagnosticada en el 35 – 50% de los pacientes, en la enfermedad Alzheimer la tasa aproximada es de 84%, en la esclerosis lateral amiotrófica (ELA) un 60% o en neoplasias de cabeza, cuello y esófago un 80% (Cortés Otal, 2020).

También se ha calculado la prevalencia en la disfagia en adultos mayores en diferentes entornos, con porcentajes entre 51 – 60% en adultos institucionalizados, el 44% en los ingresados en centros geriátricos de cuidados intensivos y un 15% en los adultos mayores que viven en la comunidad (Chen et al., 2021).

Con estas tasas es importante investigar sobre la disfagia y concretamente las intervenciones que podrían ayudar a los pacientes que tienen esta afección centrándose en los residentes de instituciones, como por ejemplo residencias de ancianos y centros de atención residencial debido a su alta prevalencia.

2.2.4. Causas.

La etiología de la disfagia es multifactorial pudiéndose dividir en dos grandes grupos, puede producirse por alteraciones estructurales y por alteraciones funcionales.

Por un lado, las alteraciones funcionales más frecuentes son las enfermedades neurológicas como un accidente cardiovascular, enfermedad de Alzheimer, esclerosis múltiple, ELA y enfermedad de Parkinson. También puede ocurrir por enfermedades malignas, como tumores cerebrales. Además, puede producirse derivado de fármacos que actúan sobre el sistema nervioso central, como ansiolíticos, antipsicóticos, anticolinérgicos, bifosfonatos, antibióticos, neurolépticos, sedantes, etc (Méndez Sánchez et al., 2017).

Asimismo se considera alteración funcional las enfermedades musculares como miastenia gravis que se define como una enfermedad neuromuscular autoinmunitaria crónica, que causa debilidad muscular (NINDS Español, 2022), polimiositis es una enfermedad inflamatoria que afecta a la musculatura estriada, o miopatías metabólicas. Además, las alteraciones funcionales del EES son importantes para el trastorno de la deglución (Méndez Sánchez et al., 2017).

Por otro lado, la disfagia que está causada por alteraciones estructurales pueden ser intrínsecas y extrínsecas. Las alteraciones intrínsecas son aquellas que se producen por infecciones como un absceso, por estenosis posradioterapia, posquirúrgica y por cáusticos, por tumores orofaríngeos, de laringe y de esófago, así como úlceras por fármacos. Mientras que las extrínsecas son aquellas alteraciones que se originan por bocio, aneurismas, cardiomegalia, neoplasia benigna/maligna, etc (Méndez Sánchez et al., 2017).

Se considera que la disfagia es un síntoma de alarma, ya que requiere evaluación inmediata para diagnosticar la causa y empezar con el tratamiento, para poder evitar o retrasar cuanto antes las complicaciones graves de este síndrome geriátrico. Como conclusión, la DO puede estar relacionada con la fisiología del envejecimiento o puede ser secundaria a trastornos neurológicos y neuromusculares que se correlacionan con la disfagia. Conviene señalar que la DO no debe ser un signo normal del envejecimiento (Canham, 2017).

2.2.5. Tipos de disfagia.

La disfagia puede clasificarse desde el punto de vista anatómico en orofaríngea y esofágica (Cortés Otal, 2020):

- Disfagia orofaríngea (DO): Son las alteraciones de la deglución de origen oral, faríngeo, laríngeo y EES, suponiendo el 80% de las disfgias diagnosticadas. Los signos pueden aparecen en los primeros momentos de la deglución, pero también puede aparecer durante, después o unos minutos más tarde. A veces pasa inadvertida por las aspiraciones silentes, las cuales se describen como la introducción del bolo en la laringe sin que los mecanismos de defensa del paciente se activen como la tos o la sensación de molestias.
- Disfagia esofágica: Son las alteraciones que aparecen por lesiones mecánicas obstructivas, por trastornos motores del esófago superior, el cuerpo del esófago, EEI o el cardias. Se trata del 20% de las disfgias diagnosticadas y los signos aparecen después de la deglución refiriendo molestias en la región retroesternal e incluso cervical.
- Disfagia mixta: Es la combinación de la DO y de la disfagia esofágica.

2.2.6. Consecuencias.

La disfagia altera la seguridad y eficacia de la deglución, dando como resultado consecuencias médicas muy graves para la salud de quien lo padece, destacando la desnutrición, la deshidratación y la neumonía por aspiración. Esto se traduce a una mayor institucionalización, aumento de las estancias hospitalarias y un aumento de reingresos hospitalarios de los pacientes y por ende un aumento de los costes sanitarios (Calles-Sánchez & Pardal-Refoyo, 2023).

Las alteraciones de la seguridad son las complicaciones producidas por el paso de alimentos, bebidas, medicamentos o secreciones hacia la laringe y a las vías respiratorias. Como consecuencia puede producir tos, atragantamientos, obstrucciones respiratorias e infecciones respiratorias. La tos es un mecanismo de defensa para mantener las vías aéreas despejadas, en cambio los atragantamientos son el paso del contenido alimenticio hacia las vías aéreas manteniéndose el flujo de aire, mientras que en la obstrucción respiratoria se interrumpe completamente. Como consecuencia de esta aspiración se producen infecciones respiratorias dando lugar a neumonía con insuficiencia respiratoria. Se considera que el 50% de las personas con disfagia, presentará una neumonía por aspiración y el 50% de estos fallecerán (Cortés Otal, 2020).

La eficacia en la deglución se define como la posibilidad de ingerir la totalidad de líquidos y alimentos sólidos para una adecuada hidratación y nutrición del paciente, como consecuencia de esta alteración puede producirse una desnutrición y deshidratación.

La desnutrición consiste en un estado de deficiencia entre las necesidades y los aportes nutricionales del individuo, con distintos niveles de gravedad y manifestación clínica. Se considera que aproximadamente el 33% de las personas con problemas de deglución presentan desnutrición y en las personas mayores de 65 años la prevalencia aumenta al 51%. En el caso de personas mayores con disfagia la prevalencia es del 17,4% mientras que las personas mayores sin disfagia que presentan desnutrición es un 6,7%, por ello se considera este síntoma como un factor de riesgo de la desnutrición (Cortés Otal, 2020). Asimismo, la prevalencia en pacientes institucionalizados llega al 66,5% y cuanto mayor dependencia haya, más elevada será la tasa (Peñalva Arigita et al., 2022). Las manifestaciones clínicas de desnutrición son la pérdida de la masa muscular y una disminución de la inmunidad y del proceso de cicatrización (Cortés Otal, 2020) .

La deshidratación es el resultado de la pérdida excesiva de agua, aporte insuficiente o la dificultad para el manejo de la ingesta de líquidos debido a penetraciones o aspiraciones. Es una de las causas de hospitalización más comunes en las personas con disfagia. Hay diferentes niveles de deshidratación según su gravedad como confusión mental, irritabilidad, disminución del volumen de orina, estreñimiento, sequedad de la piel y mucosas, disminución de la saliva, disnea, fatiga, hipotensión, aumento del ritmo cardíaco y respiratorio, entre otros. Las necesidades hídrica en estos pacientes es levemente más baja respecto a la población sana ya que presentan menores pérdidas insensibles por su disminución de la actividad física (Cortés Ota, 2020).

Todo ello aumenta el número de reingresos y el tiempo de estancia hospitalaria, elevando así los costes sanitarios. También repercute directamente en la calidad de vida del paciente empeorando su pronóstico vital, disminuyendo su recuperación funcional y elevando la morbimortalidad.

2.2.7. Signos y síntomas.

Según en qué fase de la deglución esté la afectación tendrá unos signos y síntomas diferentes pueden observarse en la Tabla 1 (Cortés Otal, 2020):

Tabla 1: Tabla de signos y síntomas de la disfagia según la fase de deglución.

FASE PREPARATORIA Y ORAL	FASE FARÍNGEA	FASE ESOFÁGICA	SIGNOS FRECUENTES
Dificultad en el manejo del cubierto.	Tos, carraspeo o congestión durante o después de ingerir alimentos o bebidas.	Sensación de parada u obstrucción en cualquier punto desde el comienzo de la garganta hasta el final del esófago.	Infecciones respiratorias recurrentes.
Residuos de comida en la boca tras deglución.	Sensación de residuos o compactación en la boca o faringe.	Regurgitación de comida a través de la boca, nariz o traqueotomía.	Tos durante las comidas o hasta 20 minutos después.
Aumento de tiempo de deglución y patrón excesivo masticatorio.	Dolor, molestia o sensación de atasco en la garganta.	Reflujo.	Fiebre o febrículas recurrentes.
Caída de la comida de la boca por mal sellado labial.	Sudoración, ojos llorosos y malestar.	Náuseas o vómitos.	Cambio de color en los dedos o labios.
Mala coordinación de movimientos orales con músculos faciales, orales y linguales.	Regurgitación oral o nasal.	Dolor retroesternal relacionado con la deglución,	Bajada de la saturación de oxígeno en sangre.
Pérdida de fuerza durante la masticación.	Cambios en el tono de voz, afonía o “voz húmeda” o nasal.		Pérdida de peso sin razón aparente.
Babeo frecuente.	Atragantamientos frecuentes.		Estados de deshidratación.
Dificultad para formar el bolo e iniciar deglución.	Obstrucciones de la vía respiratoria.		Intubación mayor a 72 horas.
Degluciones múltiples para un solo bolo.	Sensación de ahogo al tragar.		
Falta o disminución de la percepción del alimento en la boca.	Cambios en la respiración durante la comida.		
Rechazo de alimentos o bebidas que antes quería.			
Retraso o ausencia de elevación laríngea.			

Fuente: elaboración propia.

2.2.8. Diagnóstico.

El propósito principal del diagnóstico en la disfagia es la evaluación de las dos características de la deglución: la seguridad y la eficacia, mediante la complementación de métodos clínicos e instrumentales.

2.2.8.1. MÉTODOS CLÍNICOS

El objetivo de los métodos clínicos es determinar qué tipo de disfagia se presenta según los síntomas y signos, y determina la necesidad de más exploraciones complementarias para identificar las posibles complicaciones nutricionales y respiratorias.

- 1. Historia clínica.** La historia clínica en este caso debe reunir información acerca del inicio y desarrollo de la disfagia, la sintomatología que experimenta el paciente, los primeros signos y su gravedad, localización anatómica de la alteración, número de episodios de neumonías por aspiración, estudios sobre las etapas de la deglución, terapia rehabilitadora, datos actuales sobre el tipo de alimentación y estado nutritivo y cognitivo. Debe redactarse de manera meticulosa y exhaustiva ya que gracias a ella en el 80% de los casos se localiza el problema, se diferencia el tipo de disfagia, la etiología y por tanto, facilita su diagnóstico (Cortés Otal, 2020).

El diagnóstico diferencial es importante para distinguir, por un lado, la disfagia del globo faríngeo y, por otro lado, la disfagia de la odinofagia. El globo faríngeo es la sensación reiterada de opresión no dolorosa en la garganta (Olmos-Martínez & Domínguez-Muñoz, 2020) mientras que la odinofagia es el dolor cuando se ingieren los alimentos y pasan por la faringe (CCM Salud, 2013).

- 2. Exploración clínica.** El objetivo de esta exploración es confirmar la situación que se ha descrito en la historia clínica. Estas pruebas orientan al facultativo sobre los déficits del paciente, los procesos neuromusculares implicados y como pueden ser modificados (Cortés Otal, 2020):

- 2.1.** Observación de la cara, el tronco y las cervicales. Examinar gestos faciales, el cuello, la postura y la posición de la cabeza.

- 2.2.** Exploración de la cavidad oral. Examinar la capacidad de apertura de la boca, así como los movimientos linguales y labiales en todos los ejes, advertir la presencia o acumulación de residuos o de saliva, observar la alteración de la capacidad de masticación, el estado de los dientes y cualquier alteración de la fisiología o anatomía de la cavidad oral.

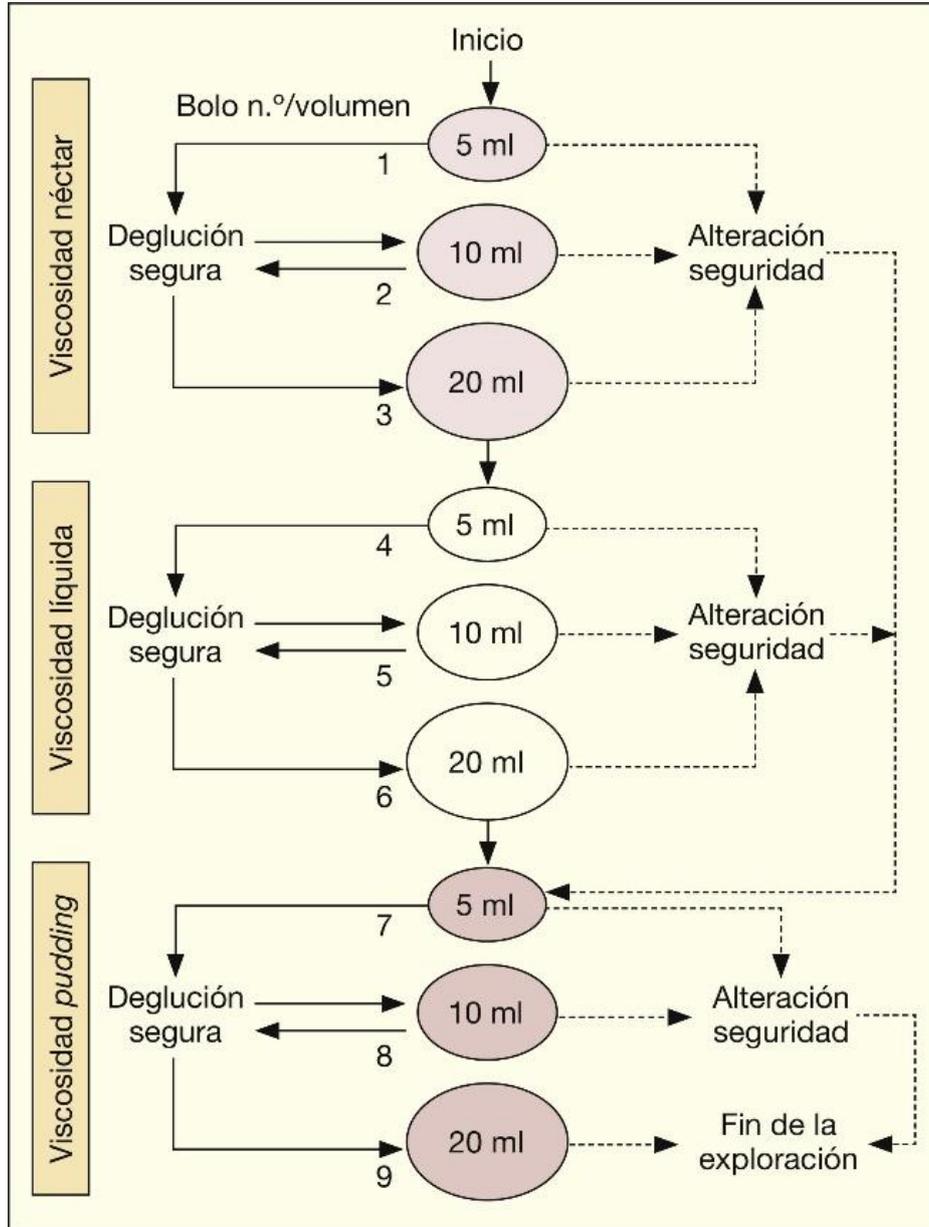
- 2.3.** Exploración faringolaríngea motriz y sensitiva. Evaluar la movilidad laríngea, la función glótica, la presencia de secreciones y la tos voluntaria. Dicha tos es un signo de protección laríngea frente a aspiraciones.

- 2.4. Valoración del estado cognitivo. Evaluar la movilidad de las extremidades, el tono, la postura, la coordinación, los reflejos de estiramiento y la sensibilidad superficial y profunda. Esta evaluación permite idear pautas más adecuadas para su tratamiento según su comprensión y su colaboración activa.
- 2.5. Exploración neurológica de los pares craneales. Estos nervios de fibras motoras y sensitivas controlan la simetría de la cara, los labios, la movilidad y la fuerza de la lengua, las secreciones y la capacidad de toser voluntariamente.
- 2.6. Exploración del reflejo deglutorio, tusígeno y náuseas. Provocación de arcada, disparo deglutorio y tos para examinar la seguridad y la eficacia de la deglución.
- 2.7. Exploración de la deglución por fases. El objetivo de estas pruebas es localizar las alteraciones en los movimientos y sensibilidad de las estructuras participantes de cada fase. La base de estos test es la administración de bolos de volúmenes y viscosidades diferentes siendo de bajo coste y fáciles de utilizar.
 - 2.7.1. Test de deglución de Gugging Swallowing Screen (GUSS): La prueba GUSS está dividida en dos bloques y valoran la presencia de disfagia y el riesgo de aspiración, además aporta recomendaciones dietéticas. Para esta prueba se necesita agua, una cuchara de café, espesante de alimentos y pan. El primer bloque es la prueba indirecta de la deglución, que valora los signos de estado de vigilancia del paciente, tos o carraspeo y la deglución de la saliva. Si la puntuación es de 5 se continua con el segundo bloque. Éste consiste en la administración por vía oral de bolos de menor a mayor volumen 3ml, 5ml, 10ml y 20ml que contiene 3 tipos de texturas que son semisólida, líquida y sólida, y se realiza de manera secuencial. Evalúa si es posible o no la deglución, la presencia de tos involuntaria y sialorrea (babeo) y si experimenta cambios en la voz. La puntuación máxima es de 20, resultando de 0 a 9 una disfagia severa con alto riesgo de aspiración. De 10 a 14 significa una disfagia moderada con riesgo de aspiración, de 15 a 19 presenta una disfagia leve con bajo riesgo de aspiración mientras que 20 hay una disfagia leve o no presenta disfagia, con mínimo riesgo de aspiración. En el Anexo 1 se observa el test de deglución de GUSS y en el Anexo 2 la interpretación de los resultados.

- 2.7.2. Protocolo de evaluación clínica de la deglución: Esta prueba consta de tres bloques donde se realizan preguntas sobre antecedentes generales, aspectos oro-funcionales de la deglución y sobre el proceso de la deglución. Para ello se necesita una linterna, unos guantes, una jeringa de 10ml, una cuchara de café y un espejo de Glatzel que mide el grado de permeabilidad nasal y descarta obstrucciones respiratorias. Se utilizan tres tipos de consistencias que son líquida, semisólida y sólida y también diversos volúmenes de 1ml, 3ml, 5ml y 10ml cuyos parámetros miden la capacidad de deglución (González Toledo, 2000).
- 2.7.3. Escala *Eating Assessment Tool-10* (EAT-10): Es un cuestionario de cribado sencillo y certificado internacionalmente que permite identificar a los pacientes con mayor riesgo de presentar signos de disfagia, pero no es un instrumento validado para el diagnóstico. Consta de 10 preguntas que tiene como respuestas una escala de puntuación de 0, si considera el paciente que no tiene ningún problema, hasta 4 si considera que tiene un problema serio. Para calcular el resultado se tiene que sumar los puntos de cada pregunta, las puntuaciones más altas indican mayor percepción de disfagia. En el Anexo 3 se observa el cuestionario EAT-10.

2.7.4. Método de exploración clínica volumen-viscosidad (MECV-V): Es el test más conocido y utilizado por su seguridad y sencillez. Permite identificar a los pacientes con DO y seleccionar los que posteriormente se someterán al estudio con videofluoroscopia o fibroscópica de la deglución. Se basa en el principio de que la disminución del volumen del bolo y el aumento de la viscosidad aumentan la seguridad de la deglución. Además, se monitoriza la saturación de oxígeno y es necesario un sistema de aspiración. El test sigue un proceso que alterna la administración de tres volúmenes 5, 10 y 20ml con tres texturas diferentes con ayuda del espesante alimentario se consigue néctar, líquido y pudding. Para este test es necesario que el paciente sea colaborador. Se empieza administrando 5ml y con una viscosidad de néctar, si se detecta alguna alteración de la seguridad pasar a textura pudding, siguiendo el algoritmo MECV-V (Figura 1). Los signos de alteración de la eficacia son: inadecuado sellado labial y expulsión del bolo, existencia de residuos orales tras la deglución, deglución fraccionada y por último sensación de residuos en la garganta ante la presencia de partículas, mientras que los signos de la seguridad son tos, cambio de voz y desaturación de oxígeno. Además, el MECV-V es orientativo sobre la viscosidad y volumen de texturas líquidas que debe tener la dieta del paciente. Para este test se necesita agua, cuchara de café, pulsioxímetro, espesante y un sistema de aspiración.

Figura 1: Algoritmo MECV-V.



Fuente: (Labari et al., 2020)

2.2.8.2. MÉTODOS INSTRUMENTALES

1. Estudio videofluoroscópico de la deglución (VFSS): Es una técnica dinámica radiológica que permite observar la deglución de líquidos in vivo, el paciente está en posición de perfil lateral anteroposterior. Sigue los mismos criterios que el MECV-V, pero éste detecta las penetraciones en el vestíbulo laríngeo y aspiraciones. Se administra el líquido en diferentes viscosidades con un contraste hidrosoluble y radiopaco. Esta prueba ayuda a detectar aproximadamente el 25 – 30% de las aspiraciones silentes, además, detecta el momento exacto en el que se produce la aspiración y si ésta está asociada a una alteración motora orofaríngea. El objetivo de este método es evaluar la eficacia y la seguridad de la deglución, estandarizar las alteraciones de la deglución, evaluar la eficacia de los tratamientos y lograr datos cuantitativos de la biomecánica orofaríngea. Se considera una técnica de referencia (Cortés Otal, 2020).
2. Evaluación fibroscópica de la deglución (FEES): En este método se introduce un fibroscopio a través de la fosa nasal y nasofaringe para obtener una imagen directa de la faringo-laríngea. Permite valorar las penetraciones, aspiraciones silentes y aspiraciones predeglutorias, también puede detectarse la presencia de residuos que pueden desencadenar broncoaspiraciones. En esta prueba hay dos fases, la primera fase es la exploración sin alimento que examina la sensibilidad laríngea, el manejo de secreciones y la movilidad de las cuerdas vocales. Mientras que en la segunda fase se utiliza alimentos de diferentes viscosidades como líquido, néctar, pudding y sólido administrados con distintos volúmenes y teñidos con colorantes alimentarios. La ventaja de esta técnica es que es fiable, segura, bien tolerada, repetible, barata y reduce la incidencia de neumonías, pero un inconveniente es que no da información sobre la fase oral de la deglución.
3. Auscultación Cervical (AC): Es una técnica no invasiva de fácil reproductividad y bajo coste que permite determinar la existencia de disfagia y aspiración. Consiste en la colocación del estetoscopio en la región de la laringe, en el lado lateral del cartílago tiroideo cuyo fin es escuchar los sonidos producidos durante la deglución, tras la deglución, la tos o el aclaramiento de garganta.

4. Manometría faringoesofágica (MFE): Esta técnica permite detectar alteraciones de contracción, relajación o coordinación en la faringe, en el EES y en el EEI, obteniendo un registro de la presión ejercida en las zonas mencionadas. Se introduce una sonda llena de sensores de presión a través de las fosas nasales hasta el esófago. Esta técnica se suele utilizar combinada con alguna de las técnicas anteriores (VFSS o FEES) y concluye tres patrones de alteración de la apertura del EES. Esta prueba es positiva si la presión residual no alcanza el nivel subatmosférico y/o la presión residual supera los 10-15mmHG (Méndez Sánchez et al., 2017).

2.2.9. Preparación de alimentos.

La DO tiene un elevado riesgo de aspiraciones ya que aumenta el número de degluciones para trasladar la totalidad del bolo desde la cavidad oral hasta el estómago. La modificación de texturas disminuye el volumen del bolo y el acúmulo de residuos en boca o faringe, disminuyendo así el número de degluciones y a su vez reduciendo la posibilidad de una broncoaspiración (Cortés Otal, 2020).

Para ello se realiza la adaptación de las texturas cuyo objetivo es modificar la viscosidad y el tamaño de la partícula. La viscosidad se define como la resistencia que ejerce el fluido para ser deformado, por tanto, con esta modificación se pretende disminuir el riesgo de aspiración aumentando la viscosidad de los alimentos. Por otro lado, el tamaño de partículas influye en el tiempo de procesado y formación del bolo. A mayor tamaño, mayor trabajo mecánico, por tanto, un inadecuado procesamiento aumenta la posibilidad de episodios de atragantamiento, obstrucciones respiratorias e indigestiones.

Actualmente se busca estandarizar los niveles de clasificación de texturas y la terminología empleada para facilitar su uso con la ayuda del organismo internacional, concretamente la Iniciativa internacional de normalización de la dieta para la disfagia (IDDSI) que diferencia 8 niveles de texturas descritos de menos fluidez, siendo nivel 0, a mayor fluidez, siendo nivel 7.

En la Tabla 2 se observa cada uno de los niveles descritos, descripción del tipo de alimento, sus características y los indicadores fisiológicos.

Tabla 2: Niveles de clasificación de las dietas de textura modificada.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	CARACTERÍSTICAS	INDICADORES FISIOLÓGICOS
N.0: Fino o agua	Alimentos homogéneos que fluyen con rapidez, pero más espesos que el agua como la leche.	Pueden beberse a través de tetina, pajita o vaso.	Requiere habilidad para manejar de forma segura todos los líquidos.
N.1: Ligeramente espeso	Alimentos homogéneos que fluye con rapidez, pero más espesos que el agua como la leche.	Requiere un ligero esfuerzo superior para beber mediante tetina, pajita o vaso que el nivel 0.	Requiere habilidad para manejar de forma segura todos los líquidos, pero reduce la velocidad de reflujo.
N.2: Poco espeso o tipo néctar	Alimentos homogéneos que pueden ser derramados rápidamente debido a su fluidez, pero con más espesor que el nivel 1, como el néctar de fruta.	Puede beberse con una pajita, un vaso o tetina con una elevada fuerza. Al verterlo forma un hilo fino y fluido.	Resulta adecuado para casos con una ligera reducción del control lingual, ya que la velocidad de fluidez es más lenta que los anteriores niveles.
N.3: Moderadamente espeso o licuado	Alimentos homogéneos que fluidez media-baja que si se vierte cae lentamente debido a su espesor como por ejemplo la miel.	Puede beberse de un vaso o con una cuchara, pero no con pajita. No requiere masticación y al decantarse forma un hilo denso y continuo.	Indicado en casos donde hay un insuficiente control lingual para manejar bebidas del nivel 2 o dolor al deglutir ya que presentan una fluidez más baja y aumenta el tiempo de contención oral y por tanto requiere un mayor esfuerzo de propulsión.
N.4: Extremadamente espeso o puré	Alimentos homogéneos y no pegajosos con un elevado nivel de nutrición y una fluidez baja. Tiene capacidad para mantener la forma y ser moldeados, pero no fluyen, como el pudding o el yogur.	No pueden beberse por tanto es necesaria una cuchara o un tenedor. No requieren masticación y cuando son derramados de la cuchara caen en forma de bloque.	Su uso está indicado en personas con reducido control lingual y oral, dolor o fatiga muscular, prótesis dentales mal ajustadas o falta alguna de ellas. Es necesario un mayor esfuerzo de propulsión que el nivel 3 pero presenta una menor dilución de los nutrientes durante la elaboración.

Tabla 2: Continuación. Niveles de clasificación de las dietas de textura modificada.

NIVEL	DESCRIPCIÓN	CARACTERÍSTICAS	INDICADORES FISIOLÓGICOS
N.5: Picado y húmedo	Alimentos blandos y húmedos, homogéneos y de fácil deglución. Para humedecer la elaboración del picado se añaden unas salsas muy espesas. Se pueden moldear y no pierden su forma como por ejemplo verduras o pastas muy cocidas, carnes y pescados jugosos etc.	Requiere cuchara o tenedor y el tamaño de las partículas deber ser igual o superior a la distancia entre las púas de un tenedor (2-4mm x 2-4mm).	Está indicado para personas que presentan dolor o fatiga muscular, prótesis dentales mal ajustadas o falta de ellas, ya que exige una masticación mínima con la suficiente fuerza lingual para manejar o deshacer las partículas pequeñas y también requiere suficiente fuerza para la propulsión del bolo.
N.6: Blando y trozos pequeños	Alimentos con texturas suaves, blandas y húmedas. Las piezas están troceadas en tamaño bocado y puede acompañarse de salsas, como por ejemplo carnes, pescados y verduras blandas.	Requiere el uso de cubiertos y el tamaño del trozo será aproximadamente de 15mm x 15mm, este tamaño se obtiene aplastando el alimento con el cubierto.	Indicado en personas que presentan un ligero dolor o fatiga muscular prótesis dentales mal ajustadas o falta de ellas. Requiere un elevado control lingual para mantener el alimento en boca, procesar el bolo y propulsarlo.
N.7: Normal	Cualquier tipo de alimento sin importar la textura, viscosidad, tamaño o técnica culinaria. No hay restricciones.	Uso de todos los cubiertos y utensilios.	Requiere destreza para cortar, desgarrar, masticar y mezclar el alimento sin importar la elaboración, hasta obtener el bolo homogéneo y adecuado para ser deglutido.

Fuente: elaboración propia.

Estas dietas están indicadas de forma temporal o permanente en los pacientes que presentan las siguientes situaciones (Labari et al., 2020):

- 1- Modificaciones en la masticación por pérdida o ausencia de piezas dentales, prótesis que no están bien ajustadas, disminución de la saliva o debilidad en los músculos involucrados en la masticación.
- 2- Dificultad crónica para deglutir alimentos sólidos y/o líquidos por afectación de una o más fases de la deglución.
- 3- Cirugías del tracto gastrointestinal superior.

2.2.10. Repercusiones sociales.

La alimentación es esencial en la vida de las personas ya que forma parte de la cultura, relaciones sociales, profesionales y familiares. Este síndrome afecta negativamente al bienestar físico, mental y emocional de las personas con disfagia, aproximadamente el 36% de las personas diagnosticadas evitan comer con otras personas y un 41% presenta ansiedad ante la comida mientras que el 55% percibe que su calidad de vida disminuye desde su diagnóstico. De todo esto resulta una mayor dependencia, una mayor carga de cuidados personales y médicos y un aumento de las institucionalizaciones (Cortés Otal, 2020).

El tratamiento de la DO implica una modificación del alimento con una textura concreta sin tener en cuenta las preferencias del paciente, lo que puede derivar en una mala adherencia al tratamiento ya que en la mayoría de los casos son restricciones de alimentos cotidianos. Como consecuencia, hay una pérdida de interés por las comidas lo que crea malestar y ansiedad. Los pacientes que presentan disfagia tienden a aislarse más debido a que sienten vergüenza porque necesitan asistencia durante las comidas con una tasa del 25% en los pacientes neurológicos y en un 80% en los residentes de las instituciones (Peñalva Arigita et al., 2022).

La DO se relaciona con un incremento de la depresión, lo que compromete la calidad de vida del paciente, ya que se ha constatado que la depresión y la función deglutoria están muy correlacionadas. Hay pocas escalas específicas para la calidad de vida de los pacientes con disfagia, pero destacan los test específicos para pacientes con cáncer de cabeza y cuello como el *MD Anderson Dysphagia Inventory* (MDADI) y *the Dysphagia Handicap Index* (DHI) pero el más utilizado es el *Swallowing Quality of Life questionnaire* (SWAL-QoL) (Anexo 4).

El test SWAL-QoL es específico para valorar el impacto de la DO en la calidad de vida del paciente, se compone por 11 secciones con 44 ítems donde se incluye la carga de la enfermedad, la frecuencia de los síntomas, la selección de alimentos, el deseo de comer, la duración de la alimentación, los miedos experimentados, la comunicación, la salud mental como la depresión, el sueño y el descanso, la fatiga y la afectación social.

Cada ítem de cada sección se puntúa del 1 al 5 en función de la frecuencia con la que cada afirmación se presenta: 1 punto- Siempre, 2 puntos- Casi siempre, 3 puntos- alguna vez, 4 puntos- pocas veces, 5 puntos- nunca.

Con la puntuación de cada sección se hace la media para dar una puntuación total entre 1 y 5, esta puntuación se traduce en una escala de 0 a 100 resultando de esta manera los rangos serán: De 0 a 49: Impacto severo, de 50 a 70 impacto moderado, de 71 a 100 impacto discreto o sin impacto. Además, en el test SWAL-QoL se incluye el género, la edad, el diagnóstico principal, residencia, días con espesante, pauta de espesante obtenida por el test MECV-V y el tipo de dieta (Peñalva Arigita et al., 2022).

2.3. Objetivos de desarrollo sostenible (ODS).

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) en 2015 promueve la iniciativa global de la agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, los ODS son los objetivos de dicha agenda. Es la guía de referencia para garantizar una sostenibilidad ambiental, económica y social. Hay 17 objetivos, los cuales se detallan en la Figura 2 (Giammatteo, 2019):

Figura 2: Los ODS de la agenda 2030.



Fuente: (Giammatteo, 2019).

La disfagia es un trastorno que afecta a la capacidad de tragar alimentos sólidos y líquidos, por tanto, podría vincularse con varios ODS:

En primer lugar, podría vincularse al ODS 2 – Hambre Cero: La disfagia puede desencadenar una desnutrición debido a la dificultad para ingerir alimentos, abordar este trastorno contribuiría a garantizar una adecuada nutrición y, por tanto, apoyaría dicho objetivo.

En segundo lugar, podría vincularse al ODS 3 – Salud y Bienestar: Mejorar la prevención, diagnóstico y tratamiento de la disfagia contribuye al acceso universal a servicios de salud de calidad, promocionando la salud y el bienestar.

En tercer lugar, se podría vincular al ODS 10 – Reducción de las Desigualdades: Este trastorno no discrimina en edad o demográficamente, al abordar la disfagia desde todas las circunstancias posibles del usuario, se reduciría las desigualdades en el acceso a la atención médica y mejoraría la calidad de vida de las personas que lo padecen.

En cuarto lugar, se podría vincular con el ODS 17 – Alianzas para lograr los objetivos: Fomentar la colaboración multidisciplinar de salud, organizaciones no gubernamentales e instituciones gubernamentales para abordar la disfagia puede consolidar los esfuerzos para lograr varios ODS, ya que se trata de un problema que requiere enfoques colaborativos.

Así pues, al tomar medidas para abordar la disfagia, por un lado, contribuye a mejorar la salud individual y, por otro lado, contribuye a alcanzar metas más amplias de desarrollo sostenible, como la erradicación del hambre, promoción de salud y la reducción de las desigualdades.

3. Hipótesis.

Dirigir los cuidados de enfermería hacia la detección prematura y el conocimiento de los métodos diagnósticos para facilitar un diagnóstico precoz en la detección de la disfagia es vital, al igual que individualizar el tratamiento que mejore la calidad de vida y las repercusiones sociales de los pacientes que la padecen, principalmente en los pacientes institucionalizados debido a las características psicosociales y nutricionales que sufren.

4. Objetivos.

4.1. Objetivo general.

El objetivo general de este trabajo es proporcionar una síntesis de las investigaciones consultadas sobre los pacientes con disfagia institucionalizados en residencia de la tercera edad para mejorar su calidad de vida a través de un diagnóstico precoz y los cuidados de enfermería de calidad.

4.2. Objetivos específicos.

Para alcanzar dicho objetivo se han propuesto una serie de objetivos específicos que son:

1. Conocer la prevalencia de la disfagia.
2. Presentar los métodos diagnósticos de la disfagia.
3. Analizar las complicaciones de la disfagia.
4. Estudiar la preparación de alimentos y texturas.

5. Material y métodos.

5.1. Pregunta de investigación.

¿El diagnóstico precoz y los cuidados de enfermería de calidad tienen un impacto positivo en la calidad de vida de los pacientes con disfagia en las residencias de la tercera edad?

5.2. Pregunta PICO.

En la figura 3 se detalla la pregunta PICO del presente trabajo final de grado:

Figura 3: Pregunta PICO.



Fuente: elaboración propia.

5.3. Tipo de diseño.

Se trata de una revisión bibliográfica sobre los pacientes que sufren DO y se encuentran institucionalizados en las residencias de la tercera edad, para ello se ha realizado una búsqueda exhaustiva en las bases de datos electrónicas Cinahl with full text y Medline complete.

En esta revisión se han incluido datos de instituciones públicas como es el Ministerio de Sanidad Español, Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), Servicio Andaluz de Salud y la Generalitat Valenciana (GVA). Además, se han seleccionado artículos en inglés con un rango de búsqueda de los últimos 5 años, partiendo desde el 2018 hasta el 2023.

Para finalizar, se utilizaron las palabras clave o keywords como disfagia, trastorno de la deglución, métodos diagnósticos, dieta modificada, paciente institucionalizado, *dysphagia*, *swallowing disorders*, *diagnosis*, *texture modification* y *nursing home*, utilizando el español o inglés en su totalidad.

5.4. Población diana.

Esta revisión bibliográfica se centra en las personas mayores de 65 años o más que residen en residencias de la tercera edad, tanto mujeres como hombres, que padecen disfagia.

5.4.1. Criterios de inclusión.

- Grupo de edad de 65 años o más, tanto mujeres como hombres.
- Pacientes institucionalizados.
- Artículos con texto completo publicados desde 2018 hasta 2023.
- Publicaciones arbitradas.
- Idiomas: inglés.
- Sin ningún criterio geográfico.

5.4.2. Criterios de exclusión.

- Pacientes que no cumplen la edad de 65 años o más.
- Pacientes que no estén institucionalizados.
- Artículos publicados hace más de 5 años.

5.5. Estrategia de búsqueda.

5.5.1. Operadores booleanos y búsqueda avanzada.

En esta revisión bibliográfica se ha utilizado el operador booleano AND para buscar artículos por título o palabras clave como “dysphagia AND diagnosis AND nursing home”, “dysphagia AND swallowing disorders AND nursing home”, “dysphagia AND diagnosis AND swallowing disorders AND home nursing” y “dysphagia AND nursing home”.

Las palabras clave más utilizadas fueron “disfagia” y “diagnóstico” o “dysphagia” and “diagnosis”, cuyo criterio de búsqueda ha sido desde el 2018 hasta el 2023. Tras la realización de la búsqueda, se han leído los títulos y los resúmenes de los resultados con el fin de descartar los artículos que no estén relacionados con el tema.

En la Tabla 3 se detalla el desglose de los resultados en función de las bases de datos utilizadas. Se recalcan los filtros y las palabras clave utilizadas, así como se detalla el número de artículos encontrados prefiltros, los resultados con filtros y los artículos seleccionados.

Tabla 3: Desglose de los resultados de la búsqueda bibliográfica.

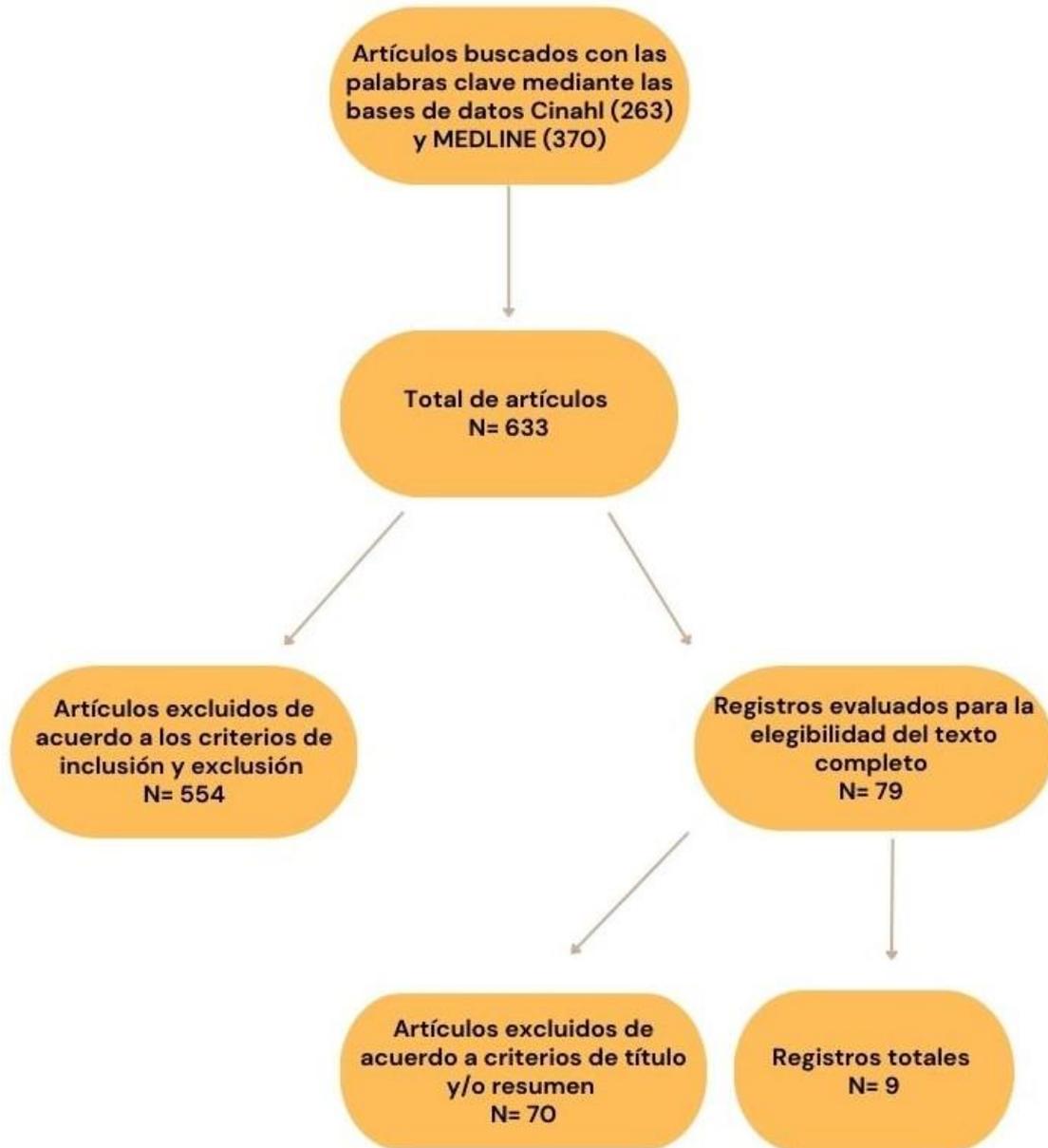
BASES DE DATOS	PALABRAS CLAVE	FILTROS	RESULTADOS PREFILTROS	RESULTADOS CON FILTROS	ARTÍCULOS SELECCIONADOS
Cinahl	Dysphagia AND diagnosis AND nursing home.	Fecha 2018 – 2023. Texto completo. Grupo de edad +65 años. Publicaciones arbitradas. Inglés.	70	13	4
Cinahl	Dysphagia AND swallowing disorders AND nursing home.	Fecha 2018 – 2023. Texto completo. Grupo de edad +65 años. Publicaciones arbitradas. Inglés.	193	32	2
Medline	Dysphagia AND diagnosis AND swallowing disorders AND nursing home.	Fecha 2018 – 2023. Texto completo. Grupo de edad +65 años. Revisiones sistemáticas. Inglés.	73	2	2
Medline	Dysphagia AND nursing home.	Fecha 2018 – 2023. Texto completo. Grupo de edad + 65 años. Publicaciones arbitradas. Inglés.	297	32	1

Fuente: elaboración propia.

5.6. Diagrama de flujo.

En la Figura 4 se observa el diagrama de flujo sobre los resultados obtenidos durante la búsqueda en las bases de datos. El diagrama detalla el número de artículos encontrados, los excluidos, los seleccionados para su lectura y, dentro de estos últimos, los artículos que fueron excluidos posteriormente y los elegidos para su análisis.

Figura 4: Diagrama de flujo.



Fuente: elaboración propia.

6. Resultados.

En la Tabla 4 se detalla los resultados de la búsqueda en las bases de datos incluyendo el título del artículo, autor, año, revista, tipo de investigación, idioma y localidad.

Tabla 4: Resultados de la búsqueda en las bases de datos.

Artículo	Autor	Año	Revista	Tipo de investigación	Idioma	Localidad	SIGN
Interventions to prevent aspiration in older adults with dysphagia living in nursing homes: a scoping review.	Chen et al.	2021	BMC geriatrics.	Revisión de alcance.	Inglés.	China.	-----
Prevalence of oropharyngeal dysphagia in adults in different healthcare settings: a systematic review and meta-analyses.	Rivelsrud et al.	2022	Dysphagia.	Revisión sistemática y metaanálisis.	Inglés.	Estados Unidos.	1++
Instrumental swallowing assessment in adults in residential aged care home: Practice patterns and opportunities.	Birchall et al.	2022	Australasian Journal on Ageing.	Estudio observacional retrospectivo.	Inglés.	Australia.	3

Artículo	Autor	Año	Revista	Tipo de investigación	Idioma	Localidad	SIGN
Prevalence and management of dysphagia in nursing home residents in Europe and Israel: the Shelter Project.	Dell'Alquila et al.	2022	BMC Geriatrics.	Estudio observacional prospectivo.	Inglés.	Europa e Israel.	2+
Perception versus performance of swallow function in residents of long – term care.	Namasivayam – MacDonals et al.	2019	American Journal of Speech-Language Pathology.	Estudio observacional.	Inglés.	Estados Unidos.	2+
Texture – modified diet for improving the management of oropharyngeal dysphagia in nursing home residents: An expert review.	Ballesteros – Pomar et al.	2020	Journal Of Nutrition, Health & Aging.	Opinión de expertos.	Inglés.	Estados Unidos.	2+
The relationship between texture – modified diets, mealtime duration, and dysphagia risk in long – term care.	Namasivayam – MacDonals et al.	2019	Canadian Journal of Dietetic Practice and Research.	Estudio observacional.	Inglés.	Canadá.	2+

Tabla 4: Continuación. Resultados de la búsqueda en las bases de datos.

Artículo	Autor	Año	Revista	Tipo de investigación	Idioma	Localidad	SIGN
Oropharyngeal dysphagia and associated factors among individuals living in nursing homes in northern Sweden in 2007 and 2013.	Hägglund et al.	2022	BMC Geriatrics	Estudio observacional transversal.	Inglés.	Suecia.	2+
Management of dysphagia in nursing homes: A national survey	Engh y Speyer	2021	Dysphagia.	Estudio observacional descriptivo.	Inglés.	Noruega.	2+

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 4: Continuación. Resultados de la búsqueda en las bases de datos.

En la Tabla 5 se observa el título del artículo, la metodología que sigue, sus objetivos, sus resultados y sus conclusiones.

Tabla 5: Resultados del estudio de la revisión bibliográfica.

Artículo	Objetivos	Metodología	Resultados	Conclusiones
Interventions to prevent aspiration in older adults with dysphagia living in nursing homes: a scoping review.	Describir las intervenciones para prevenir o reducir las aspiraciones en adultos mayores con disfagia en residencias de ancianos.	Se utilizó la metodología del Instituto Joanna Briggs para las revisiones de alcance y las directrices PRISMA-ScR para elaborar los informes. Se incluyeron 19 artículos para su análisis.	Las intervenciones más frecuentes en las residencias de ancianos fueron la modificación de la dieta, una adecuada asistencia alimentaria, la postura o la maniobra apta para la deglución, el programa de rehabilitación y tratamiento farmacológico.	Se concluyó que las intervenciones como la modificación de la dieta y la postura con la barbilla hacia abajo eran muy fáciles de utilizar, pero sugieren que no son una solución permanente. Solicitan que son necesarios los programas de rehabilitación, el tratamiento de estimulación y el farmacológico para mejorar la calidad de vida del paciente. Las residencias con un equipo multidisciplinar obtuvieron los mejores resultados.
Prevalence of oropharyngeal dysphagia in adults in different healthcare settings: a systematic review and meta-analyses.	Evaluar la prevalencia de la DO en adultos ingresados en hospitales, centros de rehabilitación y residencias de ancianos mediante metaanálisis.	Se seleccionaron 44 artículos observándose una elevada variabilidad en las definiciones de la DO, así como en la calidad y los métodos para medir los resultados.	Se estima que el 50,2% de los pacientes residentes en residencias de ancianos padecen DO, el 36,5% en el entorno hospitalario y un 42,5% en el entorno de rehabilitación.	Se estima que la prevalencia de la DO es alta para todos los entornos de atención médica pero las más altas son en las residencias de ancianos.

Artículo	Objetivos	Metodología	Resultados	Conclusiones
<p>Instrumental swallowing assessment in adults in residential aged care home: Practice patterns and opportunities.</p>	<p>Examinar el uso de la evaluación instrumental de la deglución en residencias de ancianos, además de identificar situaciones en las que se omitieron indicadores sobre la evaluación instrumental y explorar las vías de derivación a otros profesionales.</p>	<p>Se revisaron registros médicos de 323 residentes de cuatro residencias de ancianos de Australia. De dichos registros se extrajeron diagnósticos médicos, textura de la ingesta oral, participación de los logopedas y la evaluación instrumental de la deglución.</p>	<p>El 36% de los residentes fueron remitidos al logopeda para la evaluación de la deglución. El 29% de los residentes presentan disfagia, pero 1 de cada 5 residentes con un diagnóstico, no fue remitido al logopeda. Además, el 38% de todos los participantes recibieron una dieta de textura modificada, sin evaluaciones instrumentales. Se observaron 32 episodios con signos potenciales de disfagia, pero no fueron abordados o manejados por médicos especializados o enfermería.</p>	<p>Tras el análisis de los 323 residentes, se determinó la necesidad de más investigación para explorar modelos de atención innovadora que faciliten el uso de evaluaciones instrumentales en personas mayores que viven en residencias de ancianos, asimismo la derivación oportuna de éstos, ya que se identificaron 32 casos con un alto riesgo de disfagia y no fueron derivados.</p>

Tabla 5: Continuación. Resultados del estudio de la revisión bibliográfica.

Artículo	Objetivos	Metodología	Resultados	Conclusiones
<p>Prevalence and management of dysphagia in nursing home residents in Europe and Israel: the Shelter Project.</p>	<p>Evaluar la prevalencia de la disfagia en las residencias de ancianos europeas e israelíes, su asociación con la mortalidad y la relación de diferentes intervenciones nutricionales como las dietas de textura modificada y la alimentación artificial con la pérdida de peso y la mortalidad.</p>	<p>Participaron 3451 residentes mayores de 65 años que residían en 57 residencias de ancianos entre 2009 y 2011. Se adquirieron las historias clínicas de los residentes y se reunió información sobre los problemas de deglución actuales, se revisaron los historiales médicos, observaron el habla y la deglución, observaron al paciente en las degluciones de prueba y recopilaron datos sobre las terapias nutricionales y las dietas. Los sujetos se dividieron en dos categorías: disfágicos y no disfágicos.</p>	<p>La prevalencia de la DO fue del 30,3%, y la tasa de mortalidad de estos sujetos fue significativamente mayor en comparación con la de sujetos que no tienen disfagia. Las personas con DO tienen un 58% más de riesgo de morir que las que no lo padecen y el 90,6% de este tipo de residentes recibieron dietas de textura modificada mientras que en menos del 10% de los residentes con disfagia se utilizó la alimentación artificial. Por el contrario, no se encontraron diferencias significativas entre la pérdida de peso en los pacientes con nutrición artificial y los pacientes con dietas de textura modificada.</p>	<p>El estudio confirmó que la DO es frecuente en las residencias de ancianos europeas e israelíes y se asocia a un importante factor de riesgo de mortalidad. Las intervenciones fueron la modificación de la textura de la dieta y la nutrición artificial pero los resultados de los dos grupos no muestran diferencias significativas sobre la pérdida de peso y la mortalidad. Se determinó que se necesita más investigación para unificar las indicaciones correctas respecto a la dieta.</p>

Tabla 5: Continuación. Resultados del estudio de la revisión bibliográfica.

Artículo	Objetivos	Metodología	Resultados	Conclusiones
Perception versus performance of swallow function in residents of long – term care.	Evaluar si los adultos mayores que residen en residencias de la tercera edad pueden informar con precisión sobre su estado de deglución al comparar quejas subjetivas de disfagia con métodos objetivos de evaluación de la deglución.	Se seleccionaron 397 residentes institucionalizados en 32 residencias y se evaluó el deterioro cognitivo además de una encuesta de 3 preguntas. La primera pregunta fue si creían que tenían un problema al deglutir. La segunda si al comer tosían o se atragantaban y la última pregunta fue si al beber tosían o se ahogaban. Estas respuestas se compararon con el método MECV-V.	41 residentes (10%) informaron que percibieron dificultades para tragar mientras que 119 residentes (30%) referían asfixia o tos cuando bebían líquidos, 92 residentes (23%) referían tos o asfixia mientras comían sólidos y 33 residentes (8%) tenían problemas para tragar, pero no refirieron tos o ahogo. No obstante, más de la mitad de los residentes no pasaron el método MECV-V	La mayoría de residentes no pueden detectar eficientemente los síntomas de los problemas de deglución, por tanto, se requiere una mayor capacitación del equipo de enfermería para identificar signos o síntomas de las alteraciones de la deglución, además de educar a los residentes sobre los signos, síntomas y consecuencias de la disfagia.
Texture – modified diet for improving the management of oropharyngeal dysphagia in nursing home residents: An expert review.	Presentar un informe revisado por expertos sobre intervenciones óptimas basadas en la evidencia para el manejo nutricional de la DO, centrándose en las dietas de textura modificada. Además de ofrecer recomendaciones sobre los cuidados en el manejo de la DO en residencias de ancianos.	Nestlé Health Science financió una reunión virtual de expertos en la que discutieron sobre las prácticas óptimas del manejo de la DO en residentes de residencias de ancianos apoyándose en la evidencia. Además de analizar el manejo nutricional de la DO y las carencias en este entorno.	Entre las carencias de las residencias de la tercera edad se encuentra la falta de especialistas en nutrición y la DO, una inadecuada ingesta nutricional de macro y micronutrientes en las dietas de texturas modificadas, falta de asistencia en las comidas. Consideran que el cuidado nutricional debe considerarse de alta prioridad, así como la cantidad y calidad de la asistencia durante las comidas, el ambiente en el comedor y la higiene bucal.	Las limitaciones de recursos pueden explicar las deficiencias que hay en las residencias de ancianos. Para mitigar esto se aconseja compartir recursos entre diferentes residencias o la captación cruzada para ayudar con la atención nutricional. Como medida óptima se debería considerar los deseos de los pacientes y dar prioridad a la calidad de vida de estos.

Tabla 5: Continuación. Resultados del estudio de la revisión bibliográfica.

Artículo	Objetivos	Metodología	Resultados	Conclusiones
The relationship between texture – modified diets, mealtime duration, and dysphagia risk in long – term care.	Determinar si el grado de modificación de la dieta afectaba a la duración de las comidas y examinar la correlación entre las dietas de textura modificada y el riesgo de disfagia.	Se recopilaron datos de 639 residentes institucionalizados entre 62 a 102 años. Se observaron 9 comidas por residente para medir la duración de éstas, las consistencias consumidas, la tos, el atragantamiento y la asistencia en la comida. Se identificaron a los residentes que tosían o atragantaban durante las comidas para determinar el riesgo de disfagia. Y para el grado de la textura modificada se utilizó la IDDSI.	Se encontró una asociación significativa entre el grado de modificación de la dieta y el riesgo de disfagia. No obstante, no hubo asociación entre la duración de las comidas y las modificaciones dietéticas. Algunos residentes que presentaban signos de dificultades en la deglución no recibieron una pauta de dieta modificada.	Se recomienda realizar evaluaciones de manera rutinaria en las residencias de la tercera edad para monitorizar el estado de deglución y la adecuada implementación de la dieta de textura modificada.
Oropharyngeal dysphagia and associated factors among individuals living in nursing homes in northern Sweden in 2007 and 2013.	Describir la prevalencia de la DO entre los residentes de residencias de ancianos e investigar la asociación entre la DO y los factores potencialmente relacionados.	Participaron 4933 residentes de residencias de ancianos del norte de Suecia (2814 residentes en 2007 y 2119 en 2013) para someterse a dos encuestas realizadas en 2007 y 2013. Los cuestionarios usados fueron la escala de evaluación de demencia multidimensional y la escala cognitiva de Gottfried, además de preguntas sobre la capacidad para deglutir, el estado nutricional y la capacidad para masticar.	Se observó DO en el 14,9% de los residentes de residencias de ancianos y signos clínicos de aspiración en el 8,5%. Los factores relacionados con la DO incluyeron el deterioro cognitivo, la capacidad de realizar actividades de la vida diaria, un estado nutricional reducido y los signos clínicos de aspiración.	Se concluyó que la identificación temprana del riesgo de disfagia en los residentes es imprescindible para que el tratamiento sea eficaz. Por tanto, la implementación de protocolos periódicos en residencias de la tercera edad puede contribuir al diagnóstico y control de la DO entre los residentes.

Artículo	Objetivos	Metodología	Resultados	Conclusiones
Management of dysphagia in nursing homes: A national survey	Describir las vías de gestión y atención de las personas mayores con disfagia en residencias de ancianos mediante una encuesta nacional.	Se realizó una encuesta nacional a 121 residencias de ancianos, que constaba de 23 preguntas sobre información general del encuestado, detección y evaluación de a disfagia, el uso de consultas con especialistas, patrones de práctica e intervenciones dirigidas a residentes con disfagia, formación del personal y calidad percibida.	El 90,1% de las residencias refirieron observaciones durante las comidas mientras que el 39,7% implementó un cribado y el 41,3% realizó evaluaciones adicionales. Por otro lado, el 9,9% no examinó ni evaluó a sus residentes y el 22,3% de las residencias programaron exámenes y evaluaciones intermitentes, en cambio, el 8,3% de las residencias no tenían implementado ningún cribado de forma rutinaria. El 99,2% de las residencias modificaron la textura de líquidos y de alimentos y el 92,6% mejoraron la postura erguida al sentarse. Respecto a la calidad de la atención, el 63,6% consideró que era de buena calidad, el 16,5% que era muy buena y el 19% la consideró que ni buena ni mala.	Dado que en el 75% de las residencias de ancianos no fueron evaluados de forma rutinaria para detectar problemas de deglución, el 50% no tenía acceso a logopedas y en más del 80% de las residencias faltaban estrategias de higiene bucal, existe una gran necesidad de capacitar al personal de las residencias de la tercera edad y adquirir conciencia de las graves consecuencias que pueden derivar de la disfagia.

Fuente: elaboración propia.

Tabla 5: Continuación. Resultados del estudio de la revisión bibliográfica.

7. DISCUSIÓN

En esta revisión se han analizado 9 artículos seleccionados según los objetivos planteados e intentan conceder una respuesta a la pregunta de investigación.

El nivel de evidencia científica según la escala SIGN ha sido variado, ya que se han encontrado revisiones de diferente calidad metodológica y, por otro lado, la falta de documentación con un alto nivel de evidencia en el contexto de las residencias de ancianos.

Los resultados muestran que el diagnóstico precoz influye positivamente en los pacientes, ya que la disfagia es un problema común en gran parte del mundo y representa un importante factor de riesgo de mortalidad. Con el tiempo puede causar condiciones potencialmente mortales como la desnutrición, la deshidratación, infecciones respiratorias y neumonías por aspiración (Dell'Aquila et al., 2022).

Respecto a la capacitación del equipo de enfermería en las residencias de ancianos cabe resaltar la investigación en diversos artículos los cuales coincidían en la solicitud de una mayor capacitación por parte del equipo de enfermería para poder identificar signos y síntomas de la disfagia (Namasivayam-MacDonald et al., 2019). Además de proporcionar un diagnóstico más preciso y una atención a la deglución personalizada (Birchall et al., 2023).

La disfagia representa un problema significativo en las residencias de ancianos que debe abordarse mediante protocolos específicos que proporcionen indicaciones claras para su diagnóstico e intervenciones específicas (Hägglund et al., 2022). Esto se traduce en una tasa de mortalidad significativamente mayor en comparación con la de residentes sin disfagia (Dell'Aquila et al., 2022).

Y aunque el progresivo envejecimiento de la población ha convertido la disfagia en un grave problema de salud pública, todavía hay lagunas importantes respecto al conocimiento de su prevalencia y el tratamiento más adecuado (Dell'Aquila et al., 2022).

Por añadidura, la disfagia está infradiagnosticada y subnotificada ya que por un lado, no se diagnostica con la frecuencia que debería y por otro lado, los pacientes no informan de las dificultades que tienen al deglutir (Rivelsrud et al., 2022). Por lo tanto, esto dificultaría también el estudio efectivo de la prevalencia y sus consecuencias.

Por otro lado, cabe destacar la problemática de los residentes respecto a no ser evaluados de forma rutinaria para detectar problemas en la deglución, al mismo tiempo que se prescriben modificaciones en la dieta sin esta evaluación adicional (Engh & Speyer, 2022).

Es importante mencionar que, en ocasiones, resulta difícil obtener evaluaciones de la disfagia debido a los recursos limitados y como consecuencia puede afectar a la calidad de vida del residente y tener un mal pronóstico (Namasivayam-Macdonald et al., 2019).

Asimismo, es preocupante que en 32 casos donde se observaron signos potenciales de disfagia no fueron abordados ni manejados por médicos especializados. Sumado a esto, 1 de cada 5 residentes diagnosticados no fue remitido a un logopeda (Birchall et al., 2023). Por lo que no se garantiza la accesibilidad al estudio de la deglución en las residencias de la tercera edad y, por ende, estos pacientes no pueden recibir cuidados de alta calidad.

La prestación de cuidados con un equipo multidisciplinar obtiene mejores resultados en intervenciones para reducir las aspiraciones en residencias de ancianos (Chen et al., 2021). Por eso es fundamental contar con un enfoque colaborativo y diverso para garantizar la atención integral de los residentes.

Las intervenciones más frecuentes en la disfagia destacan la modificación de la dieta ya que reducen el riesgo de aspiración y es útil para mantener una adecuada hidratación. No obstante, no hay una correlación clara entre la viscosidad y la prevención satisfactoria de la neumonía por aspiración (Chen et al., 2021).

Es importante mencionar las recomendaciones de expertos para lograr un cuidado nutricional óptimo en la DO como realizar exámenes de detección y reevaluaciones periódicas para la disfagia, riesgo de desnutrición y deshidratación. También recomiendan trabajar con un equipo multidisciplinar para realizar los planes del tratamiento nutricional, así como realizar un plan de ejercicio para mejorar la fuerza y disminuir la fragilidad. Además de revisiones periódicas del entrenamiento para situaciones de emergencia como un episodio de aspiración (Ballesteros-Pomar et al., 2020).

En definitiva, después de analizar el impacto de los cuidados de enfermería de calidad y un diagnóstico precoz en los pacientes con disfagia en las residencias de la tercera edad, esta combinación de resultados proporciona apoyo a la premisa y se puede afirmar el impacto positivo en la calidad de vida de estos pacientes.

7.1. RECOMENDACIONES BASADAS EN LA EVIDENCIA: IMPLICACIONES EN LA PRÁCTICA

La presente revisión evidencia la necesidad de establecer protocolos de actuación específicos que unifiquen las pruebas diagnósticas y medidas para el manejo de pacientes con disfagia.

7.2. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Las limitaciones más evidentes del presente trabajo son las carencias respecto a la prevalencia global de la disfagia y los factores asociados a esta población de alto riesgo, ya que varía como consecuencia de la selección del número de participantes.

7.3. SEGOS

Los sesgos más prevalentes asociados han sido los filtros de selección y publicación.

7.4. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Es necesario continuar en esta línea de investigación para mejorar la calidad de los cuidados de los pacientes con disfagia institucionalizados en residencias de la tercera edad. Esto permitirá personalizar las estrategias en el manejo de la disfagia a las necesidades del paciente.

8. Conclusión.

A continuación, se describen las conclusiones del presente trabajo que dan respuesta a la hipótesis y objetivos:

1. La hipótesis que afirmaba que dirigir los cuidados de enfermería hacia la detección prematura y el conocimiento de los métodos diagnósticos para facilitar un diagnóstico precoz en la detección de la disfagia es vital, al igual que individualizar el tratamiento que mejore la calidad de vida y las repercusiones sociales de los pacientes que la padecen, principalmente en los pacientes institucionalizados debido a las características psicosociales y nutricionales que sufren se ha cumplido, dado que se han evidenciado mediante diferentes artículos científicos puesto que dichas intervenciones desde los cuidados de enfermería presentan una relación positiva sobre el paciente con DO.
2. La prevalencia de la disfagia en pacientes institucionalizados en residencias de la tercera edad es del 60-80% y varía según la cantidad de muestra escogida en cada artículo científico, siendo este oscilante.
3. Los métodos diagnósticos más extendidos son el método clínico MECV-V, debido a su sencilla aplicación y seguridad y el estudio VFSS, el cual es una técnica instrumental de referencia ya que evalúa la eficacia y la seguridad de la deglución y la eficacia de los tratamientos, aportando datos cuantitativos de la biomecánica orofaríngea.
4. En el análisis de las complicaciones de la disfagia se distinguen dos aspectos fundamentales: las complicaciones físicas entre las que se incluye la desnutrición, la deshidratación y la neumonía por aspiración y las repercusiones sociales que incluyen la ansiedad ante la comida, depresión, aislamiento y sentimiento de disminución de su calidad de vida. Se ha evidenciado que este síndrome afecta negativamente al bienestar físico, emocional y mental de las personas que lo padecen. Como consecuencia aumenta la dependencia, aumenta la carga de los cuidados personales y aumentan la institucionalización de los pacientes que lo padecen.
5. Los pacientes con disfagia deben modificar la textura de preparación de los alimentos y líquidos ingeridos, diferenciándose ocho niveles de textura definidos de menos fluidez a mayor fluidez, de 0 a 7 respectivamente. Esta modificación de la dieta se recomienda tanto de forma temporal como permanente para pacientes que presentan debilidad en los músculos involucrados de la masticación, disminución de la saliva, dificultad crónica para deglutir alimentos sólidos y/o líquidos por afectación de una o más fases de la deglución y cirugías del tracto gastrointestinal superior.

9. Bibliografía.

- Anders, V. (s. f.). *DISFAGIA*. Etimologías de Chile - Diccionario que explica el origen de las palabras. Recuperado 7 de enero de 2024, de <https://etimologias.dechile.net/?disfagia>
- Ballesteros-Pomar, M. D., Cherubini, A., Keller, H., Lam, P., Rolland, Y., & Simmons, S. F. (2020). Texture-Modified Diet for Improving the Management of Oropharyngeal Dysphagia in Nursing Home Residents: An Expert Review: Journal of Nutrition, Health & Aging. *Journal of Nutrition, Health & Aging*, 24(6), 576-581. <https://doi.org/10.1007/s12603-020-1377-5>
- Bermedo. (2012, junio 7). *Guss (protocolo deglucion)*. <https://es.slideshare.net/EstebanBermedo/guss-protocolo-deglucion>
- Birchall, O., Bennett, M., Lawson, N., Cotton, S. M., & Vogel, A. P. (2023). Instrumental swallowing assessment in adults in residential aged care homes: Practice patterns and opportunities: Australasian Journal on Ageing. *Australasian Journal on Ageing*, 42(1), 108-117. <https://doi.org/10.1111/ajag.13122>
- Calles-Sánchez, F., & Pardal-Refoyo, J. L. (2023). Prevalencia de la disfagia orofaríngea en pacientes adultos. Revisión sistemática y metanálisis. *Revista ORL*, 14(2), Article 2. <https://doi.org/10.14201/orl.29490>
- Canham, M. (2017). Revisión de la disfagia orofaríngea en adultos mayores. *Nursing*, 34(1), 42-47. <https://doi.org/10.1016/j.nursi.2017.02.012>
- CCM Salud. (2013, diciembre 6). *Odinofagia—Definición*. CCM Salud. <https://salud.ccm.net/faq/10027-odinofagia-definicion>
- Chen, S., Kent, B., & Cui, Y. (2021). Interventions to prevent aspiration in older adults with dysphagia living in nursing homes: A scoping review. *BMC Geriatrics*, 21(1), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02366-9>
- Cortés Otal, A. C. (2020). *Disfagia. Guía de identificación, diagnóstico, tratamiento nutricional y adaptación de la textura de los alimentos*. https://aspacehuesca.org/wp-content/uploads/Gu%C3%ADa-Disfagia-CADIS-Huesca_web.pdf
- Dell'Aquila, G., Peladic, N. J., Nunziata, V., Fedecostante, M., Salvi, F., Carrieri, B., Liperoti, R., Carfi, A., Eusebi, P., Onder, G., Orlandoni, P., & Cherubini, A. (2022). Prevalence and management of dysphagia in nursing home residents in Europe and Israel: The

- SHELTER Project: BMC Geriatrics. *BMC Geriatrics*, 22(1), 1-7.
<https://doi.org/10.1186/s12877-022-03402-y>
- Engh, M. C. N., & Speyer, R. (2022). Management of Dysphagia in Nursing Homes: A National Survey. *Dysphagia*, 37(2), 266-276. <https://doi.org/10.1007/s00455-021-10275-7>
- Estupiñán Artiles, C., Regan, J., & Donnellan, C. (2021). Dysphagia screening in residential care settings: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies*, 114, 103813.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103813>
- Fedecostante, M., Dell'Aquila, G., & Cherubini, A. (2023). Screening for Dysphagia: Time Is Now! *The Journal of nutrition, health and aging*, 27(8), 593-594.
<https://doi.org/10.1007/s12603-023-1960-7>
- Generalitat Valenciana. (s. f.). *Residencias para personas mayores—Personas Mayores—Generalitat Valenciana*. Personas Mayores. Recuperado 14 de febrero de 2024, de <https://inclusio.gva.es/va/web/mayores/residencias-para-personas-mayores>
- Giammatteo, L. (2019). *¿Qué es la Agenda 2030 y dónde estamos?* Observatorio / Instituto para el Futuro de la Educación. <https://observatorio.tec.mx/edu-bits-blog/que-es-la-agenda-2030-y-donde-estamos/>
- González Toledo. (2000). *Evaluación Clínica De La Deglución González Toledo 2000* [ylyx96681dnm]. <https://idoc.pub/documents/evaluacion-clinica-de-la-deglucion-gonzalez-toledo-2000-ylyx96681dnm>
- Hägglund, P., Gustafsson, M., & Lövhelm, H. (2022). Oropharyngeal dysphagia and associated factors among individuals living in nursing homes in northern Sweden in 2007 and 2013. *BMC Geriatrics*, 22(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03114-3>
- IMSERSO. (2021, enero 20). Datos oficiales sobre residencias de mayores publicados recientemente por el IMSERSO. *directoressociales*. <https://directoressociales.com/datos-oficiales-sobre-residencias-de-mayores-publicados-recientemente-por-el-imserso/>
- Labari, M. E. P., Company, P. L., Juan, J. L., Muñoz, S. A., & Rodríguez, T. F. (2020). ¿Cómo modificar la textura de los alimentos? *FMC. Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 27(2), 96-105. <https://doi.org/10.1016/j.fmc.2019.07.007>

- Méndez Sánchez, I. M., López Vega, M. del C., & Pérez Aisa, Á. (2017). Disfagia orofaríngea. Algoritmo y técnicas diagnósticas. *Revista andaluza de patología digestiva*, 40(3), 132-140.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, ^a. (2018). *Clasificación Internacional de Enfermedades, 10.^a Revisión. Modificación Clínica*.
https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/CIE10/CIE10ES_2018_diag_pdf_20180202.pdf
- Namasivayam-Macdonald, A. M., Steele, C. M., Carrier, N., Lengyel, C., & Keller, H. H. (2019). The Relationship between Texture-Modified Diets, Mealtime Duration, and Dysphagia Risk in Long-Term Care: Canadian Journal of Dietetic Practice & Research. *Canadian Journal of Dietetic Practice & Research*, 80(3), 122-126. <https://doi.org/10.3148/cjdp-2019-004>
- Namasivayam-MacDonald, A. M., Steele, C. M., & Keller, H. H. (2019). Perception Versus Performance of Swallow Function in Residents of Long-Term Care: American Journal of Speech-Language Pathology. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 28(3), 1198-1205. https://doi.org/10.1044/2019_AJSLP-18-0186
- NINDS Español. (2022). *Miastenia grave | NINDS Español*. Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos y Accidentes Cerebrovasculares.
<https://espanol.ninds.nih.gov/es/trastornos/forma-larga/miastenia-grave>
- Olmos-Martínez, J. M., & Domínguez-Muñoz, J. E. (2020). Protocolo diagnóstico de la sensación de globo esofágico. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 13(7), 409-412. <https://doi.org/10.1016/j.med.2020.05.007>
- Peñalva Arigita, A., Sansano Alguero, A., Prats Farreras, R., Gomes Vasquez, A., Bascuñana Ambrós, H., Vila Ballester, L., Peñalva Arigita, A., Lecha, M., Sansano Alguero, A., Prats Farreras, R., Gomes Vasquez, A., Bascuñana Ambrós, H., & Vila Ballester, L. (2022). Diferencias en la calidad de vida de pacientes con disfagia orofaríngea según el lugar de residencia: Impacto en la selección de alimentos y el tipo de dieta. *Nutrición Hospitalaria*, 39(1), 46-52. <https://doi.org/10.20960/nh.03824>

Rivelsrud, M. C., Hartelius, L., Bergström, L., Løvstad, M., & Speyer, R. (2022). Prevalence of Oropharyngeal Dysphagia in Adults in Different Healthcare Settings: A Systematic Review and Meta-analyses. *Dysphagia*, 38(1), 76-121. <https://doi.org/10.1007/s00455-022-10465-x>

Servicio Andaluz de Salud. (s. f.). *La prevalencia de la disfagia o dificultad para tragar se estima entre el 2 y el 16% de la población.* <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/todas-noticia/la-prevalencia-de-la-disfagia-o-dificultad-para-tragar-se-estima-entre-el-2-y-el-16-de-la-poblacion>

Villamayor, L. (2018, junio 14). Prevalencia de la disfagia orofaríngea en una unidad de medicina interna y utilidad del Eating Assessment Tool 10 test en la evaluación rutinaria. *Revista de la OFIL*. <https://www.ilaphar.org/prevalencia-de-la-disfagia-orofaringea-en-una-unidad-de-medicina-interna-y-utilidad-del-eating-assessment-tool-10-test-en-la-evaluacion-rutinaria/>

10. Anexos.

Anexo 1: Test de deglución de Gugging Swallowing Screen (GUSS):

GUSS (Gugging Swallowing Screen)

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

1. Investigación Preliminar / Prueba Indirecta de Deglución

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

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

En el siguiente orden:	1 →	2 →	3 →
	SEMISÓLIDO*	LÍQUIDO**	SÓLIDO***
DEGLUCIÓN:			
▪ Deglución no es posible	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ Deglución retrasada (> 2 sg.) (texturas sólidas > 10 sg.)	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
▪ Deglución exitosa	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
TOS (involuntaria): (antes, durante y después de la deglución, hasta 3 minutos después)			
▪ Sí	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ No	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
SIALORREA:			
▪ Sí	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ No	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
CAMBIOS EN LA VOZ: (escuchar antes y después de la deglución. El paciente debiera decir /O/)			
▪ Sí	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ No	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
TOTAL	(5)	(5)	(5)
	1 - 4 = Investigar más a fondo ¹	1 - 4 = Investigar más a fondo ¹	1 - 4 = Investigar más a fondo ¹
	5 = Continuar con Líquido	5 = Continuar con Sólido	5 = Normal

PUNTAJE TOTAL: (Prueba Indirecta y Directa de Deglución) _____ (20)

*	Primero administrar, 1/3 y 1/2 de cucharadita de agua con espesante (consistencia como pudín). Si no hay síntomas dispensar 3 a 5 cucharaditas. Evaluar después de la 5ª cucharada.
**	3, 5, 10, y 20 ml de agua en taza. Si no hay síntomas continuar con 50 ml de agua (Daniels et al. 2000; Cottlieb et al. 1996). Evaluar y parar cuando uno de los criterios aparezca.
***	Clínico: Pan seco (repetir 5 veces); FEES: pan seco con colorante.
¹	Utilizar estudios funcionales como Videofluoroscopia (VFES), Fibroscopia (FEES).

Fuente: (Bermedo, 2012).

Anexo 2: Interpretación de los resultados del test de GUSS.

GUSS
(Gugging Swallowing Screen)
GUSS – EVALUATION

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

Fuente: (Bermedo, 2012).

Anexo 3: Escala *Eating Assessment Tool-10* despistaje de la disfagia (EAT-10).

		FECHA	
APELLIDOS	NOMBRE	SEXO	EDAD
OBJETIVO			
<p>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.</p>			
INSTRUCCIONES			
<p>Responda cada pregunta escribiendo en el recuadro el número de puntos. ¿Hasta que punto usted percibe los siguientes problemas?</p>			
<p>Mi problema para tragar me ha llevado a perder peso</p> <p>0 = ningún problema 1 2 3 4 = es un problema serio</p> <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></div>	<p>6 Tragar es doloroso</p> <p>0 = ningún problema 1 2 3 4 = es un problema serio</p> <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></div>		
<p>Mi problema para tragar interfiere con mi capacidad para comer fuera de casa</p> <p>0 = ningún problema 1 2 3 4 = es un problema serio</p> <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></div>	<p>7 El placer de comer se ve afectado por mi problema para tragar</p> <p>0 = ningún problema 1 2 3 4 = es un problema serio</p> <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></div>		
<p>Tragar líquidos me supone un esfuerzo extra</p> <p>0 = ningún problema 1 2 3 4 = es un problema serio</p> <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></div>	<p>8 Cuando trago, la comida se pega en mi garganta</p> <p>0 = ningún problema 1 2 3 4 = es un problema serio</p> <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></div>		
<p>Tragar sólidos me supone un esfuerzo extra</p> <p>0 = ningún problema 1 2 3 4 = es un problema serio</p> <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></div>	<p>9 Toso cuando como</p> <p>0 = ningún problema 1 2 3 4 = es un problema serio</p> <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></div>		
<p>Tragar pastillas me supone un esfuerzo extra</p> <p>0 = ningún problema 1 2 3 4 = es un problema serio</p> <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></div>	<p>10 Tragar es estresante</p> <p>0 = ningún problema 1 2 3 4 = es un problema serio</p> <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></div>		
PUNTUACIÓN			
<p>Sume el número de puntos y escriba la puntuación total en los recuadros. Puntuación total (máximo 40 puntos)</p> <div style="text-align: right;"><input type="text"/> <input type="text"/></div>			
QUÉ HACER AHORA			
<p>Si la puntuación total que obtuvo es mayor o igual a 3, usted puede presentar problemas para tragar de mane eficaz y segura. Le recomendamos que comparta los resultados del EAT-10 con su médico.</p>			

Fuente: (Villamayor, 2018).

Anexo 4: ítems del SWAL-QoL, versión española.

Sobrecarga	Comunicación
- Me es muy difícil soportar mi problema de deglución - Mi problema de deglución supone una preocupación importante en mi vida	- A los demás les cuesta entenderme al hablar - Me resulta difícil hablar con claridad
Duración de la ingesta	Miedos
- Tardo más en comer que los demás - Tardo mucho tiempo en terminar una comida	- Temo atragantarme al comer - Me preocupa tener neumonía - Me asusta atragantarme al beber - Nunca sé cuándo voy a atragantarme
Apetito	Salud mental
- La mayoría de los días no me importa si como o no - Ya no disfruto comiendo - Ya casi nunca tengo hambre	- Mi problema de deglución me deprime - Mi problema de deglución me irrita - Me molesta tener que tomar tantas precauciones al comer o beber - Mi problema de deglución me frustra - Estoy desanimado debido a mi problema de deglución
Frecuencia de síntomas	Social
- Tos - Atragantarse con alimentos sólidos - Atragantarse con alimentos líquidos - Saliva o flemas espesas - Me ahogo cuando como - Tener que aclarar la garganta (carraspeo) - Babeo - Problemas al masticar - Restos de comida en la garganta - Restos de comida en la boca - Sólidos y líquidos que salen por la boca - Sólidos y líquidos que salen por la nariz - Expulsar comida o líquido al toser	- No salgo a comer fuera debido a mi problema de deglución - Mi problema de deglución dificulta mi vida social - Mis actividades habituales han cambiado debido a mi problema de deglución - No disfruto de las reuniones sociales debido a mi problema de deglución - Mi papel con mi familia/amigos ha cambiado por mi problema de deglución
Selección de alimentos	Fatiga
- Me supone un problema pensar qué puedo comer - Es difícil encontrar alimentos que me gusten y pueda comer	- Me siento débil - Me siento cansado - Me siento agotado
	Sueño
	- Tengo problemas para conciliar el sueño - Tengo problemas para mantener el sueño

Fuente: (Peñalva Arigita et al., 2022).