



GRADO EN ENFERMERÍA

DISFAGIA OROFARÍNGEA EN
PERSONAS MAYORES CON
DEMENCIA DEGENERATIVA.

“Oropharyngeal dysphagia in elderly people with degenerative dementia.”

TRABAJO DE FIN DE GRADO EN ENFERMERÍA.

REVISIÓN NARRATIVA.

CURSO: 2018-2019.

AUTORÍA: Belén Sanz López-Tello
TUTORÍA: D^a Asunción García González.

“Lo que importa no es lo que nos haga el destino sino lo que nosotros hagamos con él.” Florence Nightingale.

TABLA DE CONTENIDOS

<u>1. Introducción</u>	8
1.1. Epidemiología.....	8
1.2. Etiología.....	9
1.3. Consecuencias.....	9
1.4. Evaluación diagnóstica de Disfagia orofaríngea.....	10
1.5. Manejo de la disfagia orofaríngea en personas mayores con demencia.....	10
1.6. Rol de enfermería.....	12
1.7. Formación de los profesionales sanitarios.....	13
1.8. Justificación y objetivos.....	14
<u>2. Metodología</u>	15
2.1 Diseño.....	15
2.2 Estrategia de búsqueda.....	15
2.3 Criterios de selección.....	16
<u>3. Resultados</u>	24
3.1 Evaluación diagnóstica.....	38
3.2. Consecuencias de DO en pacientes con demencia.....	39
3.3 Educación y sensibilización sanitaria a cuidadores y familiares.....	39
3.4 Abordaje terapéutico.....	40
3.5 Formación de los profesionales sanitarios.....	43
<u>4. Discusión</u>	44
4.1 Limitaciones.....	46
4.2 Recomendaciones y propuestas para la práctica clínica.....	47
<u>5. Conclusiones</u>	48
<u>6. Agradecimientos</u>	49
<u>7. Bibliografía</u>	50
<u>8. Anexos</u>	59

INDICE DE TABLAS

<u>Tabla 1.</u> Términos en lenguaje libre y controlado.....	15
<u>Tabla 2.</u> Criterios de inclusión y exclusión.....	17
<u>Tabla 3.</u> Búsqueda realizada en Pubmed.....	18
<u>Tabla 4.</u> Búsqueda en Scielo.....	18
<u>Tabla 5.</u> Búsqueda en PscycINFO.....	20
<u>Tabla 6.</u> Búsqueda en Dialnet.....	20
<u>Tabla 7.</u> Búsqueda en CuidenPlus.....	21
<u>Tabla 8.</u> Búsqueda en Google Académico.....	22
<u>Tabla 9.</u> Proceso de selección de artículos.....	24
<u>Tabla 10.</u> Documentos seleccionados.....	25

ANEXOS.

Pág.

Anexo 1. Método de exploración clínica volumen viscosidad (MECV-V)..... ..10

RESUMEN

Introducción: La Disfagia orofaríngea es un trastorno deglutorio que prevalece en personas mayores con demencia degenerativa. Un protocolo para el abordaje y la detección precoz mediante correcta evaluación diagnóstica constituye un pilar fundamental para evitar las graves complicaciones derivadas del trastorno.

Objetivo: Analizar la bibliografía científica disponible acerca del manejo de la disfagia orofaríngea en personas mayores con demencia degenerativa. Se ha considerado oportuno reconocer las características de la evaluación diagnóstica, e investigar sobre la implicación de los profesionales sanitarios, en concreto los cuidados brindados por parte de los profesionales de enfermería.

Material y método: Se ha realizado una búsqueda en las Bases de datos :Pubmed, CuidenPlus, Scielo, Google Académico, PsycINFO y Dialnet, utilizando lenguaje controlado y estrategias de búsqueda con operadores booleanos, utilizando filtros, limitando a menos de 10 años, tipología de literatura, en inglés, español y portugués.

Resultados: Se han seleccionado 27 artículos, que respondían al objetivo principal. Se establecieron 5 categorías: Evaluación diagnóstica, consecuencias derivadas, abordaje terapéutico ,educación sanitaria a cuidadores y formación de profesionales sanitarios.

Conclusiones: Dado el infradiagnóstico del trastorno, se ve necesario sensibilizar sobre este trastorno en la detección temprana mediante protocolos de evaluación diagnóstica, cuidados individualizados y educación sanitaria a cuidadores y profesionales sanitarios.

Palabras clave: Disfagia orofaríngea, demencia, atención de enfermería, personas mayores.

ABSTRACT

Introduction: Oropharyngeal dysphagia is a deglutition disorder that prevails among the elderly people with degenerative dementia. Protocol for approaching the disorder and early detection through an appropriate diagnosis assesment, constitutes an important cornerstone to avoid suffering the seriously consequences resulting from this disorder.

Goals: To analyze the available scientific bibliography about oropharyngeal dysphagia management in the elderly people with degenerative dementia. It has been considered appropriate to inquire into the patient's needs, to recognize the diagnosis assesment's characteristics and research about the implication of the health professionals, specifically the nursing care.

Sources and method: A research has been done in database: Pubmed, CuidenPlus, Scielo, Google Académico, PscycINFO and Dialnet, using controlled language and search strategies with boolean operators, using filters, by limiting research less than 10 years, type of literature, in english, spanish and portuguese.

Results: 27 articles have been selected, that answer the principal aim. 5 categories have been established: Diagnosis assesment, consequences resulting from the disorder, therapeutic approaches, health education to caregivers and professional training.

Conclusions: In view of the underdiagnosis of this disorder, make the people be aware of early detection it is necessary through diagnosis assesment protocol, individualized care, and health education to caregivers and professionals.

Keywords: Deglutition disorders, dementia, nursing care, aged.

1.INTRODUCCIÓN

La demencia según la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG) se define como: *“Síndrome entendido como declinar de funciones superiores, entre ellas la memoria, en el que se suelen sumar alteraciones psicológicas y del comportamiento, produciendo una discapacidad progresiva”*.¹

Pueden distinguirse: demencias degenerativas primarias (Enfermedad de Alzheimer (EA)), demencia Frontotemporal (DFT), demencia por Cuerpos de Lewy (DCL), demencia relacionada con Parkinson (PDD), demencias secundarias, y mixtas (de etiología múltiple).²

En la demencia degenerativa prevalecen los problemas de deglución, *proceso complejo y necesario para que el organismo pueda nutrirse e hidratarse que consiste en el transporte por el que los alimentos pasan desde la boca hasta el estómago*.³ Requiere de una sucesión de movimientos voluntarios e involuntarios en las diferentes fases: oral, faríngea y esofágica.⁴

La deglución se puede ver afectada envejecimiento, en estructuras implicadas al tragar los alimentos, o presbifagia.⁵ Sin embargo, cuando el síntoma se asocia a otras enfermedades, y conlleva repercusiones severas, se denomina disfagia, definida por la RAE como: *“Una dificultad o imposibilidad para tragar”*⁶, y se divide anatómicamente en:

1. Disfagia orofaríngea (DO): región oral y laríngea.

1.1 Disfagia neurógena: lesión del sistema nervioso central (SNC) (enfermedades neurodegenerativas, accidente cerebrovascular...)

1.2 Disfagia estructural: alteraciones en anatomía de órganos(tumores o malformaciones).

2. Disfagia esofágica (DE), alteración a nivel del esófago.⁷

En la demencia degenerativa aparecen la dispraxia general, un comportamiento resistente y la DO, en fases avanzadas de la enfermedad y en personas institucionalizadas. De hecho, las enfermedades neurodegenerativas son la principal causa de DO en personas mayores y suele aparecer dificultad para iniciar la deglución y manejar líquidos.^{7,9}

1.1.EPIDEMIOLOGIA

La población española se caracteriza actualmente por un continuo envejecimiento de la población, lo que da lugar a un aumento de enfermedades y comorbilidades, entre las que se encuentran la EA y otras demencias, las más prevalentes entre las enfermedades neurodegenerativas en España.¹⁰

Además, las enfermedades de origen neurológico, tienen una prevalencia de presentar DO del 35-45% en el Parkinson, 30% tras accidente cerebrovascular (ACV), y hasta el 84% en la EA, afectando entre 30-60% a enfermos neurológicos ancianos o personas mayores institucionalizadas.^{11,12,13}

1.2. ETIOLOGÍA

La DO se relaciona con factores de riesgo según la afectación: polimedicación, edad, baja capacidad funcional y enfermedades neurodegenerativas.^{13,14}

Varios músculos y estructuras desempeñan un rol crucial en la deglución y la respiración. Y una lesión del SNC o Sistema Nervioso periférico (SNP), puede causar una DO en personas con demencia degenerativa sin que se exista afectación de la boca, faringe, laringe o esófago.¹⁵

1.3. CONSECUENCIAS.

Se agrupan en⁷:

a) Material en vía aérea

La falta de seguridad en la deglución conlleva penetraciones y aspiraciones cuando el material alcanza las cuerdas vocales y llega hasta la tráquea, pudiendo ocurrir antes, durante, o después del reflejo deglutorio¹⁵. En pacientes con demencia, la mayoría son silentes debido a una ausencia del reflejo de la tos o sensibilidad laríngea abolida,¹⁶ lo que acarrea graves consecuencias como neumonías,^{12,16} principal causa de fallecimiento en pacientes con demencia avanzada.⁷

b) Desnutrición y deshidratación

La desnutrición se entiende como: *“El estado que resulta de una disminución de la ingesta de energía y/o nutrientes que se traduce en cambios en la composición y la masa celular corporal que terminan por ocasionar una disminución de la capacidad funcional mental y física, así como una peor respuesta frente a la enfermedad”*.¹⁷ Alrededor del 32% de los pacientes con disfagia, sufre desnutrición,¹⁹ e incide directamente en la funcionalidad y dependencia.^{20,21}

La deshidratación, consecuencia grave de la DO, supone estreñimiento, fatiga, confusión mental, infecciones, úlceras por presión, etc.¹⁶ Junto con la desnutrición, contribuye a un mal pronóstico de la enfermedad.¹¹

c) Impacto psicosocial

La demencia conlleva tiempo prolongado de discapacidad e institucionalización, con una tasa anual de 10'5% en España.² Además tiene impacto psicológico: ansiedad o pánico durante las comidas y pérdida de sensación de agrado al comer, que conlleva un aislamiento social, y consecuencias significativas en los cuidadores.^{3,22} Por otra parte, están consideradas como tercera causa después del cáncer y enfermedad cardiovascular a nivel de coste para la sociedad, derivado en gran parte, de la familia del paciente.²

1.4. EVALUACION DIAGNÓSTICA DE DISFAGIA OROFARÍNGEA

El objetivo de la evaluación diagnóstica es valorar eficacia deglutoria e identificar causas.^{7,23} En primer lugar, es importante utilizar la historia clínica como base para el diagnóstico y es esencial la observación de signos clínicos del paciente, nivel de vigilia, atención, impulsividad, etc.¹⁵

Los signos y síntomas de alerta de DO son: babeo, restos en la boca, regurgitación, carraspeo, tos durante la ingesta, disminución de la saturación, tiempo excesivo para comer, pérdida de peso progresiva, picos febriles e infecciones respiratorias de repetición. En fases avanzadas de demencia pueden aparecer agitación y agresividad.^{16,23}

Ante sospecha de disfagia es crucial utilizar el método de exploración clínico volumen - viscosidad (MECV-V), gracias al cual se adaptan consistencia y textura de alimentos^{11,21,40} (**Anexo 1**). Permite detectar posibles aspiraciones silentes, a partir de alteraciones de seguridad deglutoria y desaturaciones por encima del 3%.⁹ Existe una versión adaptada denominada MECV-V-G , para pacientes con demencia.¹⁴

Para completar el diagnóstico, el procedimiento idóneo es la videofluoroscopia (VFC), ya que evalúa función deglutoria, detecta aspiraciones silentes que no son diagnosticables mediante métodos clínicos, y posibilita la elección de estrategias adecuadas para el abordaje.^{9,11}

1.5. MANEJO DE LA DISFAGIA OROFARÍNGEA

Cuando la causa es neurológica, en la mayoría de los casos no se podrá corregir el mecanismo normal de la deglución, por lo que es preciso utilizar técnicas que incluyen la

modificación del contenido y consistencia de la dieta. A veces es necesario recurrir a la nutrición artificial, como tratamiento temporal o definitivo.²⁴ Las técnicas se eligen en función de: estado cognitivo y alerta, aspectos conductuales y emotivos, capacidad de aprendizaje, grado de motivación y fatiga, y soporte familiar o cuidadores.²⁵

Tratamiento dietético.

La terapia nutricional corrige o previene el deterioro del estado nutricional e hídrico y evita riesgos de aspiración ²⁵

Ciertos alimentos se consideran de riesgo para estos pacientes, como: texturas fibrosas, alimentos de doble consistencia, duros o pegajosos, los que se hacen líquidos a temperatura ambiente (gelatinas y helados), y líquidos como el agua o zumos.^{8,23}

Para modificar la viscosidad de los líquidos se pueden utilizar espesantes, dando lugar a consistencias: líquida, néctar, miel o pudding. Y para garantizar la hidratación de los pacientes, se pueden utilizar aguas gelificadas, gelatinas o bebidas espesas.^{8,14,25} Por último, es importante adecuar las formas farmacéuticas al grado de disfagia.²⁷

Entre las intervenciones a llevar a cabo se distinguen: el manejo compensatorio, que reduce síntomas y riesgos sin cambiar fisiología, idóneos para pacientes con demencia, y las estrategias terapéuticas, que cambian la fisiología deglutoria, requieren colaboración y participación del paciente, y para ello el dominio cognitivo íntegro.¹⁵

Nutrición artificial por sonda.

En el caso de que no sea posible conseguir un aporte nutricional adecuado por vía oral, es decir, cuando perdura la situación de 3 a 5 días, si tardan más de 5 segundos en deglutir y/o aspiran más del 10% del bolo¹⁵, se baraja la posibilidad de la alimentación enteral (NE), por vía nasal mediante sonda nasogástrica (SNG) o nasoentérica (SNE), o mediante gastrostomía endoscópica percutánea (PEG), cuando se prevé un periodo de más de 6 semanas.^{28,29}

1.6.ROL DE ENFERMERÍA

A continuación, se redactan las intervenciones de los diagnósticos enfermeros:*1. Deterioro de la deglución 2.Déficit de autocuidado: alimentación, 3. Riesgo de aspiración, 4. Disposición para mejorar el afrontamiento familiar.*³⁰

Es necesario realizar una valoración geriátrica integral en pacientes con DO y demencia, incluyendo la funcionalidad e independencia y riesgo psicosocial, que puede incidir

directamente en su salud. ²⁰En casos de demencia grave, se podría obtener la información a través de un familiar o cuidador. ³³

DE: Deterioro de la deglución y DE: Déficit de autocuidado.

Las medidas compensatorias son las idóneas para pacientes con demencia degenerativa, debido a su escasa colaboración en ejercicios terapéuticos:

- 1.Cambios posturales: flexionar hacia delante o inclinar la cabeza durante o tras alimentación hacia el lado sano.
- 2.Modificación del volumen del bolo: aumentar tomas al día con menor cantidad de comida y cuidar las presentaciones para estimular apetito
- 3.Incremento sensorial: modificar la temperatura, presión lingual y sabores fuertes para inducir la deglución.
- 4.Cambio de consistencia de la dieta : triturar los sólidos y modificar viscosidad de los líquidos mediante espesantes.

DE: Riesgo de aspiración.

La adaptación de la viscosidad de los alimentos, reduce el riesgo de aspiración. Hay que supervisar en cada comida los espesantes individualizados, la postura del paciente al comer, el ambiente seguro, y vigilar signos de riesgo como la tos.³⁰

DE: Disposición para mejorar el afrontamiento familiar.

Los familiares de estos pacientes, no reconocen el trastorno ni saben manejarlo, por lo que es importante educarles,³⁴ valorarles periódicamente su estado de salud mediante, por ejemplo, el cuestionario de sobrecarga de Zarit.³⁵

Cuidados en nutrición artificial

Se debe administrar la NE mediante bolos o de forma continua.³⁶

A continuación se exponen intervenciones de la *Tabla VII del “ Abordaje clínico de la disfagia orofaríngea: diagnóstico y tratamiento ”*³²:

Cuadro resumen del tratamiento de la disfagia orofaríngea.

DÉFICIT	OBJETIVOS	TIPO DE INTERVENCIÓN
Severo cognitivo	Reducir los riesgos de aspiración	- Control de postura - Modificación de viscosidad y volumen de bolo

		<ul style="list-style-type: none"> - Adaptar la velocidad de alimentación - Formación al personal - Cuidar entorno
Preservación relativa cognitiva	Modificación de las fases oral y faríngea *Necesaria disposición de aprendizaje	<ul style="list-style-type: none"> - Incremento sensorial - Praxias orales y laríngeas - Modificaciones dietéticas - Trabajo muscular cervical, apneas, limpieza de secreciones
Buen nivel cognitivo	Compensar el trastorno de la deglución * Se requiere colaboración del paciente	<ul style="list-style-type: none"> - Estimulación sensitiva - Trabajo muscular orofacial y cervical - Control de postura - Modificación dietética - Maniobras de compensación

1.7. FORMACION DE LOS PROFESIONALES

Es importante la formación de los profesionales sanitarios, para así sensibilizar y educar a los cuidadores de estos pacientes. La detección precoz de DO en pacientes con demencia, requiere de un abordaje multidisciplinar para un tratamiento y cuidados individualizados.³

1.8. JUSTIFICACIÓN

El interés de esta revisión bibliográfica, reside en el impacto que tiene este trastorno en una población tan envejecida como lo es actualmente, y la necesidad conocer los cuidados que se brindan a estas personas. Hoy en día, la DO es un trastorno infradiagnosticado y subestimado entre los profesionales sanitarios y la sociedad en general, a pesar de estar incluida por la OMS en la Clasificación Internacional Estadística de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE -9 y CIE-10, código R-13) y tener un gran impacto clínico.²

El equipo de enfermería tiene un rol muy importante en la detección precoz del problema al estar dedicados a los cuidados a pie de cama de los pacientes, y por ello, el correcto abordaje del mismo, para evitar problemas y ofrecer digna calidad de vida a los pacientes.

OBJETIVOS

El **propósito principal** del trabajo es revisar la literatura científica disponible acerca del manejo de DO en personas mayores con demencia degenerativa.

Como **objetivos específicos** se podrían exponer:

- Reconocer las características de la evaluación diagnóstica y focalizada de la DO en pacientes mayores con demencia degenerativa.
- Investigar sobre la implicación de los profesionales sanitarios en este aspecto, en concreto los cuidados brindados por parte de los profesionales de enfermería.

2.METODOLOGÍA

2.1 Diseño.

Para alcanzar los objetivos planteados, se ha realizado una búsqueda de la literatura científica disponible reciente acerca de la disfagia orofaríngea en personas mayores con demencia degenerativa.

2.2 Estrategia de búsqueda.

Para llevar a cabo la revisión, se han realizado búsquedas bibliográficas en diferentes bases de datos electrónicas de ciencias de la salud: Pubmed, Scielo, CuidenPlus, Google Académico, Dialnet y PsycINFO, de las que se han recogido artículos pertinentes para el trabajo tanto originales como revisiones, siguiendo unos criterios de inclusión preestablecidos.

Con el objetivo de ampliar la búsqueda, se ha empleado el lenguaje controlado para las bases de datos que así lo permitían mediante el tesoro “Medical Subject Headlines” (MeSH) utilizando los términos: “Deglutition disorders”, “ Neurocognitive disorders”, “Dementia”, “nursing care”, “aged” y el tesoro “ Descriptores en Ciencias de la Salud” (DeCS) de terminología común para búsquedas en inglés, portugués y español: “Trastornos de deglución”, “anciano”, “demencia”, ”trastornos neurocognitivos”,” atención de enfermería”.

También se usó lenguaje libre para los términos: “enfermedades neurodegenerativas”, “Demencia”, “Disfagia”, “Disfagia funcional”, “Disfagia neurogénica”, “Disfagia orofaríngea “, “Deterioro cognitivo”, “Cuidados enfermeros”, “Detección precoz”, “Alzheimer disease ”, “Nursing”, “Elderly”, “Dementia”, “Oropharyngeal dysphagia”.

Para aumentar la precisión y exhaustividad, se han utilizado los operadores booleanos “AND”, “OR”, “NOT” y filtros para limitar la búsqueda: antigüedad de 10 años o menos, tipología de literatura, en español, inglés y/o portugués .

Tabla 1. Términos usados en las bases de datos a través del lenguaje controlado y libre:

	Lenguaje controlado	Lenguaje libre
Pubmed	"Deglutition disorders"	"Oropharyngeal dysphagia"
	"Neurocognitive disorders"	"Functional Dysphagia"
	"Dementia"	
	"Aged"	
Cuiden		"Disfagia funcional "
		"Deterioro cognitivo"
Scielo		"Disfagia orofaríngea"
		"Cuidados enfermeros"
		"Disfagia neurogénica"
		"Nursing"
		"Elderly"
		"Dementia"
PscycINFO		"Oropharyngeal dysphagia"
		"Dementia "
		"Alzheimer disease "
Google académico		"Disfagia orofaríngea "
		"deterioro cognitivo"
		"pacientes ancianos "
		"Detección precoz"
		"enfermedades neurodegenerativas"
		"demencia"
		"alimentación e hidratación"

Fuente: Elaboración propia

2.3. Criterios de selección.

Tabla 2: Criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de Inclusión	Criterios de exclusión
Artículos publicados entre los años 2009-2019	Artículos publicados fuera del periodo 2009-2019
Artículos en relación a personas mayores con disfagia orofaríngea	Artículos no relacionados con personas mayores y disfagia orofaríngea
Artículos que relacionen la disfagia con demencia degenerativa	Artículos que relacionen la disfagia con ACVA u otras patologías cerebrovasculares que no sean demencia degenerativa
Artículos que permitan acceso a resúmenes y/o texto completo	Artículos que no incluyan resumen
Artículos que estén escritos en inglés, castellano y/o portugués	Artículos escritos en otros idiomas distintos al inglés, castellano y/o portugués
Artículos contextualizados en España, Europa y América	Artículos contextualizados fuera de España, Europa y/o América
Artículos originales y/o revisiones	Literatura gris

Fuente: Elaboración Propia.

A continuación, se exponen las tablas con las bases de datos, estrategias de búsqueda y artículos que se han seleccionado para la lectura completa y posterior elaboración de resultados.

Tabla 3. Búsqueda realizada en Pubmed.

Términos	Límites	Estrategia de búsqueda	N.º artículos encontrados	N.º artículos seleccionados tras lectura de resumen
“deglutition disorders “	<p><u>Tipos de artículos:</u> revisiones. Revisiones sistemáticas</p> <p><u>Disponibilidad:</u> Resumen</p> <p><u>Fecha publicación:</u> 10 años</p> <p><u>Idiomas:</u> Inglés, español</p> <p><u>Edad:</u> +65 años</p>	("Deglutition Disorders/diagnosis"[Majr] OR "Deglutition Disorders/diet therapy"[Majr] OR "Deglutition Disorders/nursing"[Majr] OR "Deglutition Disorders/prevention and control"[Majr])	24	8
“Neurocognitive disorders”, “ deglutition disorders”	<p><u>Disponibilidad:</u> Resumen, texto completo</p> <p><u>Fecha publicación:</u> 10 años</p> <p><u>Idiomas:</u> Inglés, español</p> <p><u>Edad:</u> + 65 años</p>	("Neurocognitive Disorders"[Mesh])) AND ("Deglutition Disorders/diagnosis"[Mesh] OR "Deglutition Disorders/diet therapy"[Mesh] OR "Deglutition Disorders/nursing"[Mesh] OR "Deglutition Disorders/prevention and control"[Mesh])	36	17

Fuente: elaboración propia.

Tala 4. Búsqueda en Scielo

Términos	Límites	Estrategia de búsqueda	N.º artículos encontrados	N.º artículos seleccionados tras lectura de resumen
----------	---------	------------------------	---------------------------	---

“Disfagia orofaríngea”, “cuidados enfermeros”, “tratamiento”, “acv”	<u>Colecciones</u> :en España <u>Idioma</u> : español <u>Año De publicación</u> : 2011-2016.	("Disfagia orofaríngea") AND ("cuidados enfermeros") OR (Tratamiento) AND NOT (acv)	5	4
“Disfagia”, “neurogénica”, “acv”	<u>Idioma</u> : español, inglés y portugués. <u>Año</u> : 2009-2018	((disfagia) AND (neurogénica)) AND NOT (acv)	18	5
“Oropharyngeal dysphagia”, “dementia”, “Neurogenic dysphagia”, “elderly”	<u>Idioma</u> : Español, inglés, portugués. <u>Año</u> : 2009-2018 <u>Temática</u> : Ciencias de la salud <u>Tipo de literatura</u> : Artículos, revisiones	((“Oropharyngeal Dysphagia”) AND (dementia) OR (“neurogenic dysphagia”)) AND (elderly)	8	1
“ Dysphagia”, “elderly”, “ nursing”	<u>Idioma</u> : Español, inglés, portugués. <u>Año</u> : 2009-2018 <u>Temática</u> : Ciencias de la salud <u>Tipo de literatura</u> : Artículos, revisiones <u>Año</u> : 2009-2016	(dysphagia) AND (elderly) AND (nursing)	4	3
“functional”, “dysphagia”, “ care”	<u>Idiomas</u> : español, inglés, portugués. <u>Año</u> : 2009-2018	((functional) AND (dysphagia)) AND (care)	17	8

Fuente: elaboración propia

Tabla 5. Búsqueda en PsycINFO.

Términos	Límites	Estrategia de búsqueda	N.º artículos encontrados	N.º artículos seleccionados tras lectura de resumen
"Dysphagia", "Nursing", "Disease Management", "Caring Behaviors", "Therapeutic Processes"	<u>Año de publicación:</u> 2015-2019	DE "Dysphagia" AND DE "Nursing" AND DE "Disease Management" AND DE "Caring Behaviors" AND DE "Therapeutic Processes"	7	1
Alzheimer's Disease", "Dementia", "oropharyngeal dysphagia"	<u>Año de publicación:</u> 2009-2019	DE "Alzheimer's Disease" AND DE "Dementia" AND " oropharyngeal dysphagia"	2	2
"Dementia", "oropharyngeal dysphagia", "nurse or nurses or nursing"	<u>Año de publicación:</u> 2009-2019	DE "Dementia" AND " oropharyngeal dysphagia" AND "nurse or nurses or nursing"	3	3

Fuente: elaboración propia.

Tabla 6. Búsqueda en Dialnet.

Términos	Límites	Estrategia de búsqueda	N.º artículos encontrados	N.º artículos seleccionados tras lectura de resumen
"disfagia", "deterioro cognitivo"	<u>Idioma:</u> Español <u>Materias:</u> Ciencias de la salud <u>Año de publicación:</u> 2010-2019	"disfagia" AND "deterioro cognitivo"	9	3

(disfagia funcional) AND " anciano"	<u>Tipo de documento:</u> artículo de revista <u>Idioma:</u> Español. <u>Materias:</u> Ciencias de la salud <u>Año de publicación:</u> 2010-2019.	(disfagia funcional) AND " anciano"	7	0
(disfagia orofaríngea) AND "anciano"	<u>Idioma:</u> Español <u>Año de publicación:</u> 2010-2019 <u>Tipo de documento:</u> Artículo Revista	(disfagia orofaríngea) AND "anciano"	14	3

Fuente: elaboración propia.

Tabla 7. Búsqueda en CuidenPlus.

Términos	Límites	Estrategias de búsqueda	Nº de artículos encontrados	Nº de artículos seleccionados
----------	---------	-------------------------	-----------------------------	-------------------------------

"disfagia", "orofaríngea", "funcional"	<u>Idioma:</u> Español, inglés <u>Año de publicación:</u> 2009-2019	("disfagia")AND(("orofaríngea") AND("funcional"))	4	3
"disfagia", "funcional"	<u>Idioma:</u> español, inglés <u>Año de publicación:</u> 2009-2019	("disfagia")AND("funcional")	9	6
"deterioro", "cognitivo", disfagia"	<u>Idioma:</u> Español, inglés <u>Año de publicación:</u> 2009-2019	(([res=deterioro])AND([res=cognitivo])) AND([res=disfagia])	3	3

Fuente: elaboración propia.

Tabla 8. Búsqueda en Google Académico.

Términos	Límites	Estrategias de búsqueda	Nº de artículos encontrados	Nº de artículos seleccionados
" Disfagia orofaríngea", "personas mayores de 65" años" cognitivo"	<u>Idioma:</u> Español, inglés <u>Año de publicación:</u> 2009-2019	" Disfagia orofaríngea" AND "personas mayores de 65" años" AND "deterioro cognitivo"	21	4

"disfagia", "deterioro cognitivo", "Alimentación e hidratación"	<u>Idioma:</u> español, inglés <u>Año de publicación:</u> 2009-2019	"disfagia" AND "deterioro cognitivo" AND "Alimentación e hidratación"	23	3
"disfagia orofaríngea", "detección precoz", "pacientes ancianos", "Demencia"	<u>Idioma:</u> español, inglés <u>Año de publicación:</u> 2009-2019	"disfagia orofaríngea" AND "detección precoz" AND "pacientes ancianos" AND "Demencia"	19	2
"disfagia orofaríngea", "detección precoz", "enfermedades neurodegenerativas"	<u>Idioma:</u> español, inglés <u>Año de publicación:</u>	"disfagia orofaríngea" AND "detección precoz" AND "enfermedades neurodegenerativas"	27	3
"cuidados de enfermería", "disfagia orofaríngea", "demencia"	<u>Idioma:</u> español, inglés. <u>Año de publicación:</u> 2009-2019	"cuidados de enfermería" AND "disfagia orofaríngea" AND "demencia"	29	2

Fuente: elaboración propia

Tabla 9. Proceso de selección de artículos.

Bases de datos	Artículos totales encontrados	Artículos seleccionados título y resumen	por seleccionados tras lectura completa	Artículos duplicados
<i>Google Académico</i>	119	15	8	2
<i>Pubmed</i>	60	25	10	1
<i>Scielo</i>	62	12	3	4
<i>Cuiden Plus</i>	16	6	2	5
<i>Dialnet</i>	30	6	2	4
<i>PscycINFO</i>	12	6	2	0
TOTAL	299	70	27	16

Fuente: Elaboración propia.

3.RESULTADOS:

Tras realizar búsqueda se obtuvieron un total de 299 artículos. Luego se seleccionaron 69 artículos cuyos títulos y resúmenes se ajustaban a los criterios de selección y temática de estudios. Por último, se han elegido 27 artículos tras su lectura completa que se ajustaban a los objetivos del estudio.

La información se ha ordenado en base a las 5 categorías seleccionadas respondiendo a la pregunta principal elaborada para la redacción de los objetivos: *¿Cuál es el manejo de la Disfagia orofaríngea en personas mayores con demencia?* y teniendo en cuenta la relevancia e interés por parte de la mayoría de los autores. Las categorías son las siguientes: Evaluación diagnóstica, consecuencias de DO en pacientes con demencia, educación y sensibilización sanitaria a cuidadores y familiares, abordaje terapéutico, y formación de los profesionales sanitarios

A continuación, se exponen las tablas de los artículos seleccionados tras la lectura completa con sus correspondientes bases de datos.

Tabla 10. Documentos seleccionados.

BASE DE DATOS	Autor y año publicación	Título del artículo seleccionado	Tipo de texto	CATEGORÍAS				
				Evaluación diagnóstica	Consecuencias de DO en pacientes con demencia	Educación y sensibilización sanitaria a cuidadores y familiares	Abordaje terapéutico	Formación de los profesionales sanitarios
PUBMED	<p>Autor: Wirth R, Dziewas R, Beck AM, Clavé P, Hamdy S, Heppner HJ.</p> <p>Año: 2016</p>	Oropharyngeal dysphagia in older persons - from pathophysiology to adequate intervention: a review and summary of an international expert meeting	Revisión		Desnutrición-fragilidad-deshidratación -NA silentes- Mortalidad		Estimulación térmica con frío: efectiva.	

	<p>Autor: Alagiakrishnan K, Bhanji RA, Kurian M.</p> <p>Año:2012</p>	<p>Evaluation and management of oropharyngeal dysphagia in different types of dementia: A systematic review</p> <p>Evaluation and management of oropharyngeal dysphagia in different types of dementia: A systematic review</p>	<p>revisión sistemática</p>	<p>La exploración clínica + VFC</p>	<p>Aspiración silenciosa: prevalente NA: mortalidad. Fármacos neurolépticos: riesgo de NA.</p>		<p>Modificación dietas y estrategias ambientales. La movilización de columna cervical: positivo PEG:no beneficios . No evita NA</p>	
	<p>Autor: Yaprak S, Arıcı S, Incesu TK, Gürgör N, Beckmann Y, Ertekin C.</p> <p>Año:2015</p>	<p>Dysphagia in Alzheimer's disease</p>	<p>Estudio de casos y controles.</p>	<p>Utilización de prueba “ límite del agua “: det. Cognitivo grave. VFC:aspiraciones</p>				
	<p>Autor: García Aparicio J, Herrero JI, Herrero AM, Martínez SotGonzález del Valle E, Fernández de la Fuente MªA.</p>	<p>Pilotaje de un protocolo para la adecuación de la forma farmacéutica de la medicación oral al grado de disfagia, de los pacientes ingresados en un servicio de medicina interna</p>	<p>Estudio experimental: proyecto piloto</p>	<p>“ Bedisde clinical swallowing assesment” con pulsioximetría.</p>			<p>Medidas compensatorias.</p>	<p>Sensibilización del personal : evitar complicaciones</p>

	Año: 2011							
	Autor: Bosch X, Formiga F, Cuerpo S, Torres B, Rosón B, López-Soto A. Año: 2012	Aspiration pneumonia in old patients with dementia. Prognostic factors of mortality	Estudio experimental.	Tos y saturación < 3%: signos de aspiración.			Protocolos de cuidado oral reducen colonización bacteriana.	
	Autor: Silveira Guijarro LJ, Domingo García V, Montero Fernández N, del Pozo M ^º O, Álvarez Nebreda L, Serra-Rexach JA. Año: 2011	Disfagia orofaríngea en ancianos ingresados en una unidad de convalecencia	Estudio observacional descriptivo.	Mecv-v-g versión adaptada. El trastorno de la voz -seguridad deglutoria.	Peor funcionalidad y movilidad. Fragilidad		Cuidados multidisciplinar	Falta de concienciación sobre el trastorno.
	Autor: Austbo Holteng LB, Froiland CT, Corbett A, Testad I. Año: 2017	Care staff perspective on use of texture modified food in care home residents with dysphagia and dementia	Estudio cualitativo.		Desnutrición, rechazo de asistencia, infecciones, hospitalización y peor calidad de vida.		TMF. Respetar y horarios de comidas, personalizar alimentos, ambiente adecuado, etc.	Necesario capacitar y apoyar al personal . Falta de comunicación entre el personal.

	<p>Autor: de Luis DA, Aller R, Izaola O. Año: 2014</p>	Menú de textura modificada y su utilidad en pacientes con situaciones de riesgo nutricional	Revisión		Círculo desnutrición- disfagia- peor calidad de vida - morbimortalidad.		Dietas TMF comerciales: no colaboración de cuidadores. Individualizarlas. Recomendaciones higiénico-dietéticas. SO sólo en desnutrición.	
	<p>Autor: Lea EJ, Goldberg LR, Price AD, Tierney LT, McInerney FJ. Año:2017</p>	Staff awareness of food and fluid care needs for older people with dementia in residential care: A qualitative study	Estudio cualitativo.		Malnutrición y deshidratación. Mayor dependencia	El conocimiento del personal: deficiente en el manejo.	Observar patrones ,adaptar cubiertos y platos , preferencias del paciente , refuerzos positivos, horarios...	Los empleados tienen conocimientos limitados sobre necesidades nutricionales.

	Autor: Zanini M, Bagnasco A, Catania G , Aleo G , Sartini M, Cristina ML , Ripamonti S , Monacelli F , Odetti P, Sasso L . Año: 2017	A Dedicated Nutritional Care Program (NUTRICARE) to reduce malnutrition in institutionalised dysphagic older people: A quasi-experimental study		Importante la observación, hª clínica y exploración física y funciones orales.	Aumento de carga de trabajo		El programa NUTRICARE reduce la desnutrición.	El personal que atiende debe recibir capacitación adecuada
--	---	---	--	--	-----------------------------	--	---	--

BASE DE DATOS	Autor y año publicación	Título del artículo seleccionado	Tipo de texto	CATEGORÍAS				
				Evaluación diagnóstica	Consecuencias de DO	Educación y sensibilización sanitaria a cuidadores y familiares	Abordaje terapéutico	Formación de los profesionales sanitarios
SCIELO	Autor: Baena González y M. y Molina Recio G. Año: 2016	Abordaje de la disfagia en enfermos de alzhéimer	Revisión sistemática	Observación signos clínicos, MECV-V + VFS: aspiraciones silentes y riesgo de NA	Aspiraciones mayoritariamente silentes. Riesgo elevado de desnutrición	Los cuidadores no están sensibilizados por escasa formación del personal.	Dietas de TMF individualizadas, incremento sensorial Las maniobras deglutorias: no.	Escasos conocimientos por parte profesional y falta de concienciación

Disfagia Orofaríngea en personas mayores con demencia degenerativa.

							Pocos estudios sobre electroestimulación	
Autor: Suárez-Escudero JC Rueda Vallejo ZV y Orozco AF. Año: 2018	Disfagia y neurología: ¿una unión indefectible?	Revisión narrativa	Buena hª clínica, observación de signos, prueba clínica en cabecera del paciente. MECV-V idónea. VFS: aspiraciones y diagnóstico de DO en pacientes neurológicos. 2 fenómenos contradictorios: movimientos linguales, reflejo deglutorio.	Respuesta deglutoria prolongada, cierre laríngeo retardado y débil propulsión del bolo con riesgo de aspiración . Mala nutrición o hidratación, más necesidad de recursos, antibióticos, mortalidad.				La disfagia: descuidada por los profesionales.
Autor: Ferrero López MI, Castellano Vela E, Navarro Sanz R. Año: 2009	Utilidad de implantar un programa de atención a la disfagia en un Hospital de Media y Larga Estancia	Estudio descriptivo retrospectivo	Mecv-v + exploración física VFS: medios técnicos y colaboración del paciente	Mortalidad, disminución de funcionalidad y fragilidad.	Manual con las recomendaciones para el cuidado , y formación(taller).	Medidas dietéticas, medidas compensatorias y educación sanitaria.		Programa de formación para el manejo: profesionales y cuidadores

BASE DE DATOS	Autor y año publicación	Título del artículo seleccionado	Tipo de texto	CATEGORÍAS				
				Métodos diagnósticos evaluativos de DO	Consecuencias	Educación y sensibilización sanitaria a cuidadores y familiares	Abordaje terapéutico	Formación de los profesionales sanitarios

DIALNET	Autor: Martínez-Suárez E, Espinosa-Val M ^ª C, Martos Gutiérrez J, Serra Prat M, Cristófol Allue R. Año: 2017	Prevalencia y factores de riesgo asociados a disfagia en la población anciana con deterioro cognitivo atendida en una unidad de psicogeriatría	Estudio observacional transversal	Valoración geriátrica Integral. EAT-10 y MECV-V .	Malnutrición y deshidratación Broncoaspiración bajo índice de Barthel, uso de psicofármacos y deterioro cognitivo.	Familiares: no conocen el término. Instruirles y promover sensibilización y participación activa.		Atención precoz, y abordaje multidisciplinar para valoración integral.
	Autor: Méndez-Sánchez IM, López-Vega MC, Pérez-Aisa Á. Año: 2017	Disfagia orofaríngea. Algoritmo y técnicas diagnósticas.	Revisión	1)Test clínico, MECV-V y 2) VFC, FEES.	Desnutrición y deshidratación y aspiración traqueobronquial.	Implicar a cuidadores, familia y equipo médico	1)Medias higiénicodietéticas nutricionales, 2) Tratamiento rehabilitador, 3) Gastrostomía. Presión lingual estimula reflejo deglutorio.	

BASE DE DATOS	Autor y año publicación	Título del artículo seleccionado	Tipo de texto	CATEGORÍAS				
				Evaluación diagnóstica	Consecuencias de DO	Educación y sensibilización sanitaria a cuidadores y familiares	Abordaje terapéutico	Formación de los profesionales sanitarios
	Autor: Sánchez Peláez M. ^ª V	Disfagia orofaríngea en el anciano	Revisión sistemática	Hª clínica, y valoración	Disfuncionalidad, calidad de vida y costes.	Cuidadores y familiares :asesoramiento	Recomendaciones generales, dietas adaptadas	

Disfagia Orofaringea en personas mayores con demencia degenerativa.

CUIDEN PLUS	Año: 2015	hospitalizado: prevalencia, métodos diagnósticos y cuidados de enfermería.		de signos. MECV-V		sobre cuidados y recomendaciones.	individualizadas, alimentos de riesgo Tipos de dietas en la Guía de Nutrición para personas con disfagia.	
	Autor: Carrillo Prieto E, Aragón Chicharro S, Federico García Meana F, Calvo Morcuende B, Pajares Bernardo M. Año: 2016	Disfagia y estado nutricional en ancianos institucionalizados	Estudio descriptivo transversal.		Dependencia, desnutrición, infecciones respiratorias, polifarmacia, malestar emocional. Test nutricional: MNA, protocolo de Chang y valoración antropométrica. Valoración geriátrica Integral.	Asesoramiento por parte de personal cualificado.		

BASE DE DATOS	Autor y año publicación	Título del artículo seleccionado	Tipo de texto	CATEGORÍAS				
				Evaluación diagnóstica	Consecuencias de DO	Educación y sensibilización sanitaria a cuidadores y familiares	Abordaje terapéutico	Formación de los profesionales sanitarios

PSCYCINFO	<p>Autor: Paranj S, Paranj N, Wright S, Chandra S.</p> <p>Año: 2017</p>	<p>nationwide study of the impact of dysphagia on hospital outcomes among patients with dementia</p>	<p>Estudio de cohorte prospectivo</p>		<p>Utilización de recursos. Costos sanitarios elevados.</p>		<p>PEG aumentan riesgo de aspiración y no tienen beneficios de supervivencia.</p>	<p>Mayor concienciación sobre impacto de DO en pacientes con demencia.</p>
	<p>Autor: Affo RH, Foley N, Rosenbek J, Shoemaker JK, Martin RE.</p> <p>Año: 2013</p>	<p>Swallowing dysfunction and autonomic nervous system dysfunction in Alzheimer's disease: A scoping review of the evidence.</p>	<p>Revisión sistemática</p>		<p>Gravedad EA-dependencia en la alimentación. NA e higiene bucal importante.</p>	<p>Los cuidadores necesitan educación y estrategias útiles.</p>	<p>Líquidos -con miel. Protocolo movilización de columna:en EA severa. Nutrición por succión: final EA.</p>	

BASE DE DATOS	Autor y año publicación	Título del artículo seleccionado	Tipo de texto	CATEGORÍAS				
				Evaluación diagnóstica	Consecuencias	Educación y sensibilización sanitaria a cuidadores y familiares	Abordaje terapéutico	Formación de los profesionales sanitarios
GOOGLE ACADÉMICO	Autor: Torres Camacho M ^{aj} , Vázquez Perozo M, Parellada Sabaté A, González Acosta M ^{ae} . Año: 2011	Disfagia en ancianos que viven en residencias geriátricas de Barcelona	Estudio descriptivo transversal.	Valoración Geriátrica Integral: detección precoz.	Higiene bucal para prevenir neumonía por aspiración.		La gelatina: importante conocer cuidados. Contraindicadas jeringas para alimentación oral. Recomendaciones generales.	La disfagia no consta en la h ^a clínica. En residencias, los profesionales no conocen espesantes comerciales ni texturas.
	Autor: Benítez Guerrero A. Año: 2015	Capítulo 7: Disfagia Orofaringea. Geriatria y cronicidad .	Capítulo de libro	Exploración + h ^a clínica + VFC. La ausencia del reflejo nauseoso no valor para valorar riesgo de aspiración.	Malnutrición y deshidratación, aspiraciones y neumonías aspirativas - muerte. Mayor gasto farmacológico. Repercusiones emocionales para la familia.	Hacer recomendaciones al paciente y a la familia.	Medidas: posturales, modificación de volumen y textura, técnicas de incremento sensorial y presentación del alimento y control del entorno.	

	<p>Autor: Milà-Villaruel R, Formiga F, Duran Albert P, Abellana Sangrà R.</p> <p>Año:2012</p>	<p>Prevalencia de malnutrición en la población anciana española: una revisión sistemática</p>	<p>revisión sistemática.</p>		<p>Valoración nutricional: MNA no aplicable a pacientes con demencia. Sí el protocolo de Chang.</p>			
	<p>Autor: García-Peris P, Velasco C, Frías Soriano L.</p> <p>Año:2012</p>	<p>Manejo de los pacientes con disfagia.</p>	<p>Artículo</p>	<p>Clínico e instrumental . A pie de cama. El MECV-V: desaturación más del 3% :aspiración silente. La VFC detecta aspiraciones silentes, y riesgo de NA.</p>	<p>Aspiraciones silentes y mortalidad. Desnutrición y deshidratación. La ESPEN:NE no evita la NA.</p>		<p>Pautas generales: higiene, postural y de alimentación.</p> <p>La ESPEN :, SO en personas con desnutrición. Y la NE para disfagia grave.</p>	
	<p>Autor: Camarero González E.</p> <p>Año:2009</p>	<p>Consecuencias y tratamiento de la disfagia</p>	<p>Artículo</p>	<p>La VFC detecta aspiraciones silentes, y riesgo de NA.</p>	<p>La deshidratación :aumenta riesgo de NA. Riesgo de desnutrición. La disminución de higiene</p>		<p>La terapia deglutoria no indicada. Las medidas compensatorias sí + tratamiento nutricional. Importantes los cuidados en NE. Los espesantes :aumento de ingesta hídrica. Si desnutrición: NE y SO.</p>	<p>El personal: no formado en manejo de la disfagia. La sensibilización de especialistas y enfoque multidisciplinar-necesarios.</p>

Disfagia Orofaringea en personas mayores con demencia degenerativa.

					bucal aumenta riesgo de NA.		La NE: peor calidad de vida en demencia avanzada. Sí complicaciones respiratorias.	
	Autor: De Torres Aured M ^a L, López-Pardo Martínez M. Año: 2016	Metodología educacional y beneficios del yogur en el cuidado de la disfagia.	Programa educativo a enfermeros, pacientes o cuidadores.			Los cuidadores deben conocer las recomendaciones para la cocina en casa. Cansancio de rol de cuidador.		Los enfermeros deben ser miembros activos del diagnóstico
	Autor: Céspedes Gutiérrez J, Avellaneda Codina P, y Codina Almansa M ^a C. Año: 2018	Capítulo 15: Alimentación para personas con Alzheimer en la restauración hospitalaria.	Capitulo		Monitorizado o peso y estado nutricional.	Los cuidadores deben recibir consejo para manejo. La atención es insuficiente.		Falla la colaboración de los profesionales en el abordaje de DO
	Autor: Montero Errasquín B, Cruz Jentoft AJ.	Guía para la alimentación para personas mayores con enfermedades neurológicas.	Capitulo	Buena h ^a clínica y exploración física. Escala de Blandford en	Desnutrición por anorexia, depresión, apraxia o aumento de	Educación en recomendaciones generales.	Recomendaciones generales: higiene oral, pautas en alimentación y no distracciones.	

	Año: 2010	Capítulo 6.5: Enfermedades neurológicas. Demencias		trastornos de conducta alimentaria en la demencia.	requerimient os. Evaluación estado nutricional			
--	------------------	---	--	--	--	--	--	--

3.1. EVALUACION DIAGNÓSTICA

Méndez-Sánchez et al.³⁸ aconsejan seguir un algoritmo de técnicas para la evaluación diagnóstica: una buena historia clínica, y si se sospecha de disfagia, entonces se realizan pruebas clínicas e instrumentales.

Varios son los autores que recomiendan la observación de signos y síntomas, como Baena et al.³⁴ como deglución descoordinada, muchas degluciones para el mismo bocado o toser durante la alimentación. Además, según Suárez-Escudero et al,³⁹ la evaluación clínica debe incluir: examen de nervios craneales, sensorial y motor de la cavidad oral.

El examen clínico de funciones orales debe ser previo a las pruebas clínicas.³⁹ Y autores como Martínez- Suárez et al.²¹ y Torres Camacho et al.⁴⁰ aconsejan realizar también una Valoración Geriátrica Integral cuando se trate de personas mayores.

Las pruebas clínicas consisten en test, y pruebas clínicas propiamente dichas. Algunos test son: Test de Wallace y cols. que exponen Méndez-Sánchez et al.³⁸ y el “test de agua”, citado por autores como Yaprak et al.⁴¹ Por otra parte, Montero Errasquín et al.²⁴ aseguran que la Escala de Blandford (Aversive Feeding Behaviour Inventory) en trastornos de conducta alimentaria en la demencia ha resultado efectiva .

Suárez-Escudero et al.³⁴ afirman que el método volumen-viscosidad MECV-V, prueba idónea para pacientes con deterioro cognitivo, permite detectar alteraciones en la eficacia (sello labial, residuo oral, deglución fraccionada y residuo faríngeo) y en la seguridad (tos, cambios de voz y desaturaciones), a través de la administración de diferentes viscosidades y volúmenes. En este aspecto, se ha elaborado una versión adaptada para pacientes con demencia, denominada en el artículo de Silveira et al.¹⁴ como “MECV-V-G”, donde se utilizan sólo dos volúmenes, sustituyendo jeringuilla por 2 tamaños de cuchara: de 3-5 ml y de 5-10 ml, ya que proporciona mayor seguridad. Se mantiene la valoración de las tres viscosidades, aunque no hay posibilidad de valorar residuo faríngeo.

Otros artículos como el de García Aparicio et al.²⁷ refieren que también el método “Bedside clinical swallowing assesment”, utilizando la pulsioximetría durante administración de alimentos, permite detectar aspiraciones silentes. Sin embargo, como señalan Alagiakrishnan et al.⁴² la exploración clínica no confirma con certeza estas aspiraciones, por lo que se debe completar el diagnóstico con pruebas instrumentales como la VFC, considerada como el “Gold standard” según Baena et al.³⁴ y Camarero

González et al.¹⁹ para diagnóstico de DO y detección de gran parte de aspiraciones silentes, por lo que también de NA, como indican Méndez-Sánchez et al.³⁸

3.2. CONSECUENCIAS.

1) La disminución de eficacia :

1.1. Malnutrición. Se crea, lo que denominan De Luis et al.⁴³ y Wirth et al.⁴⁴ un círculo desnutrición- disfagia, que consiste en:

- Inmunosupresión, lo que aumenta infecciones.
- Alteración de la cicatrización, lo que disminuye la funcionalidad.
- Disminución de masa magra, lo que aumenta la disfagia.

1.2. Deshidratación: Hipovolemia, alteración de función renal, cardiovascular y del nivel de conciencia.

Algunos autores como Austbo et al.⁴⁵ afirman que la desnutrición en pacientes con EA es consecuencia de rechazo de la asistencia y una negativa a comer. Y por ello, Carrillo Prieto et al.²⁰ y Milà- Villarreal et al.⁴⁶ aseguran que deberían recibir por parte de los profesionales sanitarios, una valoración nutricional completa que consista en: test MNA, protocolo de Chang y valoración antropométrica.

2) Disminución de seguridad: Aspiración traqueobronquial, debido a cierre laríngeo retardado, débil propulsión del bolo, y respuesta deglutoria prolongada, como asegura Suárez -Escudero et al.³⁹ que en presencia de colonización orofaríngea gramnegativa, da lugar a infección respiratoria y a neumonía por aspiración, principal causa de muerte en estos pacientes.

En la mayor parte de los casos, las aspiraciones son silentes como refieren Baena et al.³⁴ y Wirth et al.⁴⁴ indicando que ello aumenta el riesgo de NA, y además contribuye a la fragilidad. Estas consecuencias dan lugar a una pérdida de funcionalidad y dependencia, predeterminadas directamente por la gravedad de la EA como manifiestan Affo et al.⁴

En última instancia conlleva mayor fragilidad, uso de antibióticos y morbilidad, según De Luis et al.⁴³, Silveira et al.¹⁴ y Suárez-Escudero et al.³⁹ Además tiene consecuencias a nivel hospitalario: mayor carga de trabajo, más costes sanitarios, aumento de estancia hospitalaria, polifarmacia y malestar emocional, como refieren Carrillo Prieto et al.²⁰

3.3. EDUCACION SANITARIA A CUIDADORES Y FAMILIARES.

Disfagia Orofaringea en personas mayores con demencia degenerativa.

Martínez-Suárez et al.²¹ aseguran que los familiares no conocen el término y que es importante instruirles, promover sensibilización y participación activa. Además Céspedes et al.⁴⁷ afirman que la atención hacia los cuidadores es insuficiente, ya que no reciben conocimientos adecuados, lo que resulta en cansancio físico y psíquico para ellos.

Según Lea et al.³³, el conocimiento por parte del personal es muy deficiente en el cuidado de estas personas, y se ve necesario instruir en el manejo de la DO, como también expone Sánchez Peláez³¹ por parte de personal cualificado en el tema, reafirmado por Baena et al.³⁴ asegurando que los cuidadores no están sensibilizados debido a la escasa formación del personal sanitario.

Ferrero López et al.³⁷ también confirman la necesidad de formación sanitaria a cuidadores y familiares, la existencia de un manual con las recomendaciones necesarias para el cuidado y formación mediante talleres y sesiones formativas. Esto lo reafirman Affo et al.⁴ manifestando la necesidad de que los cuidadores sean instruidos.

Por ello, Benítez et al.⁴⁸ exponen la importancia de la estimulación a los cuidadores y familiares para su participación en los cuidados, ya que la decisión final sobre la alimentación lo harán ellos en caso de deterioro grave cognitivo del paciente.

Por otra parte, De Torres et al.⁴⁹ aconsejan el uso del yogur, en las preparaciones culinarias e instrucciones a los cuidadores por parte del personal, ya que tiene importantes beneficios nutricionales, organolépticos y son estables en cuanto a viscosidad y textura. Además, afirman que deben conocer recomendaciones en la cocina, manejo de las texturas, seguridad e higiene alimentaria, así implicándose en el cuidado del paciente con demencia.^{24,49}

3.4. ABORDAJE TERAPEUTICO.

El objetivo del tratamiento de la DO es mantener la VO siempre que se pueda, y conseguir una deglución segura y eficaz. Debe ser individualizado, incluyendo en el Plan de cuidados a cuidadores y familiares. Y cuando sea posible, como indican Méndez-Sánchez et al.³⁸ realizar tratamiento etiológico de la enfermedad que causó la DO, de forma protocolizada y multidisciplinar, como refieren Silveira et al.¹⁴ y Ferrero López et al.³⁷

Las técnicas de manejo de la DO para estos pacientes, consisten según Méndez- Sánchez et al.³⁸ en : 1) Medias higiénico-dietéticas nutricionales, 2) tratamiento rehabilitador y 3) gastrostomía.

Medidas higiénico dietéticas-nutricionales.

1. Cuidados generales: pacientes sentados a 90° durante las comidas y mantener en sedestación tras ingesta 30 minutos.³⁸ Por otra parte, es conveniente utilizar cucharas en vez de jeringas o pajitas, porque como indican Torres Camacho et al.⁴⁰ causan broncoaspiración y disminuyen estímulo deglutorio, y utilizar la presión lingual porque estimula el reflejo deglutorio como indican Méndez Sánchez et al.³⁸ Además es importante comer lento y fomentar ambientes tranquilos, según Montero Errasquín et al.²⁴

Por otra parte, necesario vigilar la higiene oral antes y después de la alimentación, como refieren Affo et al.⁴ asegurando que estos pacientes abandonan la higiene, tienen flujo salival disminuido y tienden a tener más infecciones orales. En este aspecto, Bosch et al.⁵⁰ refieren que los protocolos de cuidado oral reducen colonización por organismos patógenos y carga bacteriana.

2. Cambios en volumen y viscosidad del bolo: Méndez-Sánchez et al.³⁸ refieren que tiene efectividad frente aspiraciones, y además no necesita colaboración del paciente.

3. Optimizar hidratación y nutrición: Dependiendo de la alteración deglutoria que tenga el paciente, las recomendaciones dietéticas serán distintas. Méndez-Sánchez et al.³⁸ exponen la “ National Dysphagia Diet “, elaborada por la Asociación de Dietistas de EEUU que sirve como referente en España, y establece los 4 niveles de textura para alimentos sólidos : puré, masticación muy fácil, masticación fácil y normal , y los 4 para líquidos: líquida clara, néctar, miel y pudding. En esta línea, Affo et al.⁴ indican que en el abordaje nutricional de estos pacientes, tiene más éxito utilizar como espesante miel para los líquidos.

Las gelatinas son útiles para disfagia a líquidos, pero es importante conocer sus cuidados, puesto que, como refieren Torres Camacho et al.⁴⁰ se licuan a temperatura ambiente o por retenerlas en boca. Y los espesantes, según Camarero et al.¹⁹ se utilizan para el aumento de ingesta hídrica.

Austbo et al.⁴⁵ afirman que las dietas con textura modificada(TMF) resultan efectivas para pacientes con disfagia y demencia. Además De Luis et al.⁴³ confirman que estas dietas comerciales no precisan de la colaboración de cuidadores para su preparación. Para evitar complicaciones, es importante que estén adaptadas según el grado de disfagia del paciente, como señalan Baena et al.³⁴

Disfagia Orofaringea en personas mayores con demencia degenerativa.

En esta línea, se ha elaborado un programa comentado por Zanini et al.⁵¹ denominado “NUTRICARE” que incluye recomendaciones de comidas sin suplementos nutricionales y niveles personalizados de densidad, viscosidad, textura y tamaño de partículas, que reduce además la desnutrición.

También existen guías de dietas como “la Guía de Nutrición de personas con disfagia”⁸ citada por autores como Sánchez Peláez³¹ en la que se ofrecen ejemplos de dietas adaptadas para estos pacientes, así como alimentos que constituyen un riesgo a la hora de consumirlos. Además, la ESPEN recomienda sus guías para la alimentación, como lo indican en su revisión Paranj et al.⁵² añadiendo que los SO sólo están aconsejados en caso de desnutrición.

Es necesario optimizar horarios de comidas, dar refuerzos positivos durante la alimentación, y personalizar alimentos, como exponen Austbo et al.⁴⁵ En este aspecto, Lea et al.³³ refieren que es importante observar patrones en la alimentación, adaptar cubiertos y platos, y respetar siempre las preferencias del paciente.

Tratamiento rehabilitador.

1.Estrategia postural: Méndez-Sánchez et al.³⁸ afirman que puede utilizarse para pacientes con deterioro cognitivo. Algunas de ellas son: flexión anterior del cuello, ya que protege la vía respiratoria, flexión posterior de cuello, que facilita el drenaje gravitatorio, rotación de cabeza hacia lado faríngeo paralizado, que dirige comida hacia lado sano, y deglución en decúbito lateral o supino que protege de aspiraciones.

Por otra parte, Alagiakrishnan et al.⁴² y Affo et al.⁴ aconsejan un protocolo de movilización de la columna cervical antes de las comidas, administrado por un fisioterapeuta para mejorar el “límite de disfagia” en pacientes con EA severa.

2.Para las maniobras deglutorias específicas, es necesario que el paciente tenga buen estado cognitivo y sea colaborador, por lo que como indican Baena et al.³⁴ no están indicadas en pacientes con demencia.

3. Las estrategias de incremento sensorial oral: Méndez-Sánchez et al.³⁸ y Baena et al.³⁴ refieren que están indicadas para pacientes con apraxia de deglución o alteraciones de sensibilidad oral/ faríngea. Éstas son: estimulación mecánica de lengua, modificaciones del bolo administrado(volumen, temperatura y sabor) , estimulación mecánica de pilares faríngeos, permitir autoalimentación para que el movimiento mano-boca proporcione estimulación adicional, estimulación con olores y visión de alimentos

apetitosos, sustancias frías o sabores ácidos. Por ejemplo, autores como Wirth et al.⁴⁴ aconsejan la estimulación térmica con frío, ya que aseguran que es efectiva en pacientes con disfagia y enfermedades neurológicas.

4.Praxias neuromusculares: No están recomendadas para estos pacientes con demencia.⁴³

Gastrostomía.

Sampson et al.³⁶ aconsejan en las fases muy avanzadas existe agnosia táctil-oral de la comida alimentación mediante nutrición enteral (NE), a partir de sondas nasogástricas (SNG), nasoentéricas (SNE) o gastrostomía endoscópica percutánea (PEG).

En cuanto a la nutrición artificial o NE, Camarero et al.¹⁹ aseguran que la NE sólo está indicado en caso de desnutrición y complicaciones respiratorias, siempre que no sea en fase avanzada de la enfermedad, ya que en este caso, Affo et al.⁴ aconsejan la nutrición a través de succión.

Por otra parte, la sonda PEG no aporta beneficios ni previene aspiraciones en demencia avanzada, como indican Alagiakrishnan et al.⁴² ni evita NA como refieren Paranjli et al.⁵²

3.5. FORMACION DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS.

Silveira et al.¹⁴ y Baena et al.³⁴ aseguran que hay datos de la falta de concienciación sobre el trastorno entre el personal. Este hecho lo corroboran Lea et al.³³, asegurando que los conocimientos que tiene el personal sanitario son limitados, mayoritariamente en el aspecto de las necesidades nutricionales de personas mayores con disfagia y demencia. De hecho, en las residencias, los profesionales no conocen espesantes comerciales ni las texturas mixtas como exponen Torres Camacho et al.⁴⁰ añadiendo que la disfagia sólo consta en la historia clínica en el 13.54% de los casos.

Austbo et al.⁴⁵ y Zanini et al.⁵¹ aseguran que el personal de atención tiene un papel crucial, por lo que es necesario capacitar y apoyarles, porque influye en la incidencia de las complicaciones. De hecho, el abordaje debería comenzar por la sensibilización al personal sobre el trastorno, como indican García Aparicio et al.²⁷ En esta línea, De Torres et al.⁴⁹ refieren que los enfermeros deben estar formados para que sean miembros activos del diagnóstico de disfagia y riesgo de desnutrición.

Céspedes et al.⁴⁷ confirman la falta de comunicación y colaboración entre el personal que atiende a pacientes que sufren de disfagia. La atención centrada en la persona, es necesaria

Disfagia Orofaringea en personas mayores con demencia degenerativa.

como aseguran Austbo et al.⁴⁵ mediante la atención precoz, y abordaje multidisciplinar, como indican también Martínez-Suarez et al.²¹ y Paranjy et al.⁵²

4.DISCUSION

En cuanto a la evaluación diagnóstica, 16 son los artículos encontrados que aseguran que es crucial la observación de signos clínicos, exploración física y de las funciones orales. Baena et al.³⁴ confirman que lo más importante es la detección precoz. En esta línea, a pesar de haberse nombrado como método clínico el test “EAT-10” por Martínez Suárez et al.,²¹ la mayoría de autores no lo especifican para este tipo de pacientes con demencia.

34

Por otra parte, sólo en el estudio de Silveira et al.¹⁴ se expone la importancia de la realización de la versión adaptada para estos pacientes “MECV-V-G”. Sin embargo, algunos autores como Ferrero López et al.³⁷ refieren que aún falta investigación sobre si estas pruebas son las adecuadas cuando los pacientes tienen demencia severa.

La prueba instrumental de la VFC se ha considerado idónea para estos pacientes, puesto que detecta aspiraciones silentes, y como indican Baena et al.³⁴ evitan riesgo de NA.

Mientras en algunos artículos comentan que la técnica de Videoendoscopia de la deglución (FEES) permite evaluar aspiraciones silentes y se puede evaluar la eficacia de los cambios posturales, además de ser un procedimiento seguro con muy pocas complicaciones³⁶, en la “Guía de nutrición para personas con disfagia”⁸ se expone que esta técnica no da información sobre manejo del bolo en fase oral ni el adecuado funcionamiento del disparo deglutorio.

En cuanto a las consecuencias, todos los artículos exponen que la desnutrición, deshidratación, broncoaspiración y neumonías por aspiración, son las más prevalentes en estos pacientes. Se comenta en 4 artículos que el riesgo de NA se puede prevenir con unos buenos cuidados y una correcta higiene oral principalmente.²⁴ Se considera crucial una valoración nutricional desde el principio de la enfermedad, ya que en la mayoría de estudios se ha evidenciado una falta de cribado nutricional a las personas mayores con demencia y problemas de deglución. También se mencionan en 2 de los artículos,^{3,53} los costes sanitarios que genera el trastorno.

En cuanto al abordaje de la disfagia, 20 son los artículos que tratan este aspecto. En general, se aconseja que los cuidados deben realizarse de forma protocolizada y multidisciplinar. Las medidas idóneas para estos pacientes son las compensatorias: modificación de textura y viscosidad del bolo, estrategia postural, e incremento sensorial, teniendo siempre en cuenta las pautas generales, como ambiente tranquilo, evitar distracciones, evitar jeringuillas en la alimentación y pautar horarios.^{24,40}

Los ejercicios de rehabilitación no son adecuados por la poca posibilidad de colaboración de estos pacientes. Sin embargo, Affo et al.⁴ aseguran que es importante individualizar cuidados y conocer preferencias del paciente, especialmente en cuanto a la alimentación. En este aspecto, 3 artículos^{19,35,45} han citado las dietas de TMF como la mejor opción. Y sólo 1 artículo expone la necesidad de protocolizar la higiene oral para reducir la colonización bacteriana, y riesgo de NA, a pesar de ser tan relevante.⁵¹ Por último, ningún artículo ha analizado la efectividad de la electroestimulación en estos pacientes, lo que corroboran Baena et al.³⁴ confirmando la falta de estudios sobre la técnica.

También se han citado la “Guía de Nutrición para personas con disfagia”⁸, y el programa de formación “NUTRICARE”⁵², donde se exponen recomendaciones de dietas adaptadas que pueden ser útiles para el abordaje de la disfagia, y reducen complicaciones. Y en cuanto al uso de la PEG para la NE, en general se recomienda sólo en caso de desnutrición y complicaciones respiratorias, no en fase avanzada de la enfermedad, cuando los enfermos no pueden mantener una deglución segura y eficaz.^{12,43}

Aún existe controversia en el uso de gelatinas para la alimentación de estos pacientes, puesto que como indican Torres Camacho et al.⁴⁰ se licuan a temperatura ambiente y si se retienen en boca. Y la mayoría de artículos no recomiendan los SO a no ser que se trate de una desnutrición instaurada.

En cuanto a la educación sanitaria, 12 son los artículos que refieren la necesidad de que los cuidadores estén bien formados y sigan recomendaciones protocolizadas. Se ha evidenciado la falta de conocimiento de los cuidados en estos pacientes, así como sobre el trastorno deglutorio.²¹

Disfagia Orofaringea en personas mayores con demencia degenerativa.

Con respecto a la formación de los profesionales sanitarios, 15 artículos aseguran que no existe colaboración entre los profesionales y que no están correctamente formados.¹⁹ Los autores refieren que los profesionales de enfermería, tienen un rol crucial en la detección temprana de la disfagia y cuidados adecuados a cada paciente.⁴⁹

4.1. Limitaciones

El objetivo de este trabajo de investigación ha sido profundizar y ampliar conocimiento acerca de los cuidados que se ofrecen a las personas con disfagia y demencia.

Durante la realización del mismo se han tenido ciertas limitaciones como:

- Escasos conocimientos en la materia de Investigación científica, lo que ha llevado a resultados más reducidos en las Bases de datos correspondientes.
- La falta de disponibilidad de acceso libre o texto completo en muchos de los textos que se encontraron mediante las estrategias de búsqueda de las distintas bases de datos.
- La falta de conocimiento de otros idiomas como: francés e italiano, por ejemplo, lo que ha limitado la búsqueda en las Bases de datos, y falta de aporte de toda la evidencia disponible sobre el tema.
- La falta de conocimiento en el uso de algunas bases de datos, y falta de tiempo para aprendizaje de todas ellas.
- Estado de salud precario durante todo el año, lo que ha supuesto un impedimento para seguir unos objetivos establecidos por la tutora y una difícil evolución del trabajo.

Debido a las limitaciones, se ha decidido acudir a la Biblioteca de la facultad de la Universidad Autónoma de Madrid, donde se ofrecían cursos diversos sobre las distintas bases de datos, se han pedido tutorías con personal de la biblioteca, y se ha recogido información de la literatura científica disponible en el repositorio de la Universidad.⁵³ Además, se ha acudido a la unidad de Enfermedades Neurodegenerativas del Hospital de Vianorte-Laguna (UIEN) donde se ha podido observar los hábitos alimenticios y los cuidados ofrecidos a las personas mayores con demencia. Por último, se ha pedido a la tutora que se sigan otros criterios u objetivos establecidos, para ajustar en lo posible el ritmo de trabajo a lo que se podía debido al estado de salud.

4.2. Propuestas para la práctica clínica.

En el siguiente apartado se exponen ciertas propuestas con el objetivo de ofrecer mejores cuidados de calidad para estos pacientes:

En primer lugar, sería conveniente utilizar un protocolo simple y validado y evaluación diagnóstica sobre la DO en personas con demencia degenerativa desde el inicio de las enfermedades, para retrasar en la medida de lo posible la aparición de la disfagia.¹²

Sería conveniente investigar sobre los mejores métodos de evaluación diagnóstica y cuidados para estos pacientes, incluidas las terapias de rehabilitación, puesto que no hay un consenso sobre si éstas son realmente efectivas o no para estos pacientes, lo que también podría llevarse a la práctica clínica para su posterior inclusión en los protocolos.

Se consideran necesarios programas de formación como “NUTRICARE”⁵² comentado en los resultados, dirigidos tanto a profesionales sanitarios como a cuidadores y familiares involucrados en los cuidados y manejo de estos pacientes. Para ello, pueden ser útiles talleres, sesiones y manuales sobre las recomendaciones oportunas. En cuanto a las dietas que se deben seguir en estos pacientes, se ve conveniente enseñar a los cuidadores la tabla de progresión de la Dieta Nacional de Disfagia, realizada por la “American Dietetics Association (ADA)”, enseñándoles la importancia de cumplir con la pauta de la textura establecida.^{22,30}

Por último, contar con un equipo multidisciplinar que colabore conjuntamente, podría mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

5. CONCLUSIONES

En base a los objetivos establecidos en este trabajo, mediante la literatura científica encontrada, se exponen las siguientes conclusiones:

- ✓ Aunque existe controversia en las técnicas instrumentales más adecuadas para diagnóstico evaluativo de disfagia, se ha evidenciado la utilidad de la versión adaptada “MECV-V-G” para pacientes con demencia.
- ✓ Se considera significativo un screening de disfagia a todos los pacientes con deterioro cognitivo al ingreso en hospitales, así como un correcto seguimiento evolutivo y reevaluación. La detección precoz de la disfagia en estos pacientes se consigue mediante valoraciones generales integrales individualizadas en cada paciente, así como observación de signos y síntomas que todo profesional debe conocer.
- ✓ Las recomendaciones generales de cuidado protocolizadas, reducen complicaciones derivadas de disfagia en estos pacientes, sobre todo la higiene oral es un aspecto muy importante a tener en cuenta, ya que evita complicaciones graves como la NA, causa principal de muerte en estos pacientes.⁴⁵
- ✓ Hacen falta programas de formación para el abordaje de este trastorno dirigidos a los profesionales sanitarios y cuidadores para sensibilizar sobre el problema.
- ✓ Es necesario un trabajo multidisciplinar donde todos los profesionales se impliquen en el cuidado y educación a cuidadores y familiares de estos pacientes.²⁴

En definitiva, hasta ahora la bibliografía científica revisada deja constancia de la necesidad de seguir investigando y una intervención focalizada en la atención nutricional hacia personas con deterioro cognitivo y disfagia, debido a la alta prevalencia y relevancia del problema. El trastorno es poco conocido e infradiagnosticado, de hecho existe escasa evidencia científica que refleje cuidados que realizan los enfermeros dirigidas a la prevención y promoción de salud en la DO.⁵⁰

6.AGRADECIMIENTOS

Me gustaría agradecer especialmente al personal de la biblioteca de la Facultad de Medicina por su amabilidad y predisposición, por su tiempo en tutorías y ayuda ante cualquier aspecto para la elaboración del trabajo.

En segundo lugar, agradecer a Daniel Fernández Robles , enfermero y docente del hospital de cuidados paliativos Vianorte-Laguna de Madrid, por su ayuda en todo momento, siempre haciendo un esfuerzo extra.

En tercer lugar, agradecer a mi familia y amigos que han estado acompañándome durante todo el año , apoyándome animándome y aconsejándome siempre que ha sido posible, sabiendo que ha sido un año muy duro para toda la familia debido a mi estado de salud. Gracias a mi tutora, que a pesar de conocer mi estado de salud, me animó a seguir con el trabajo y se adaptó a mis circunstancias cuando se podía, dedicando su tiempo para ello.

7. Bibliografía

1. Gil Gregorio P, Martín Sánchez J. Capítulo 17: Demencia. En : Abellán Van Kan G, Abizanda Soler P, Alastuey Giménez C, Alfaro Acha A, Alonso Álvarez M, et. Al. Tratado de geriatría para residentes. Madrid: S.A;2011. P.173-188. Disponible en: <https://www.segg.es/tratadogeriatría/main.html>
2. Rodríguez Escobar J, del Moral Sánchez J, Mayor de Frutos A. Estrategia en Enfermedades Neurodegenerativas del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad; 2016 . Disponible en: www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Est_Neurodegenerativas_APROBADA_C_INTERTERRITORIAL.pdf
3. Sánchez Peláez M. Detección, diagnóstico y tratamiento de la disfagia funcional en el anciano hospitalizado: El papel de la enfermera .[Trabajo de fin de grado] Santiago; 2014. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10902/5595>
4. Affo RH, Foley N, Rosenbek J, Shoemaker JK, Martin RE. Swallowing dysfunction and autonomic nervous system dysfunction in Alzheimer's disease: A scoping review of the evidence. J Am Geriatr Soc. [Internet] 2013. [Consultado 21 Mar 2019] 61: 2203-2213. [doi: 10.1111/jgs.12553](https://doi.org/10.1111/jgs.12553)
5. Nestlé Health Science [Internet]. España: Nestlehealthscience; 2017 [Consultado 5 Ene 2019]. Vivir con disfagia. Disponible en: www.nestlehealthscience.es/condiciones-medicas/envejecimiento/difagia/vivir-con-difagia
6. RAE.es [Internet] España: Real Academia Española. [Consultado 20 Dic 2018]. Disfagia. Definición. Disponible en: www.rae.es

7. Jiménez Rojas C, Corregidor Sánchez AI, Gutiérrez Bezón C. Capítulo 53: Disfagia. En : Abellán Van Kan G, Abizanda Soler P, Alastuey Giménez C, Alfaro Acha A, Alonso Álvarez M, et. Al. Tratado de geriatría para residentes. Madrid: S.A;2011. P.117-123. Disponible en : www.segg.es/tratadogeriatria

8. González Alted C, Casado Romo M^aP, Gómez Blanco A, Pajares García S, Dávila Acedo RM^a, Barroso Pérez L, Panizo Velasco E. Guía de nutrición de personas con disfagia . 1ra Edición. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO); 2017 .Disponible en: http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/402017002_guia_nutricion_perso.pdf

9. Mateo Manrique, P. Análisis de la importancia de la detección precoz de la disfagia orofaríngea en ancianos y pacientes con enfermedades neurodegenerativas. [Trabajo de fin de grado].Navarra: Universidad Pública de Navarra;2018. [Consultado 4 Feb 2019];Disponible en: hdl.handle.net/2454/29046

10. Abellán García A, Ayala García A, Pérez Díaz J, Pujol Rodríguez R. Un perfil de las personas mayores en España, 2018. Indicadores estadísticos básicos. España: Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC). Centro de Ciencias Humanas y Sociales (CCHS). Envejecimiento en red; 2018. Disponible en: hdl.handle.net/10261/164389

11. Rofes i Salsench L. Fisiopatología , diagnóstico y nuevas estrategias terapéuticas para la disfagia orofaríngea neurógena o asociada al envejecimiento. [Tesis doctoral]. Barcelona: Centro de Investigación Biomédica en Red de enfermedades hepáticas y digestivas . Instituto Carlos III, Universidad Autónoma de Barcelona; 2014. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10803/283947>

12. García-Peris P, Velasco C, Velasco M y Clavé P. Manejo de los pacientes con disfagia. Nutr Hosp 2011; 5(1): 33-40.

13. Díaz P, Salomón D. Disfagia orofaríngea síndrome geriátrico en el paciente anciano. [Tesis doctoral] Universidad Autónoma de Barcelona; 2013. Disponible en : ddd.uab.cat/record/114842

14. Silveira Guijarro LJ, Domingo García V, Montero Fernández N, del Pozo M^aO, Álvarez Nebreda L, Serra-Rexach JA. Disfagia orofaríngea en ancianos ingresados en una unidad de convalecencia. Nutr. Hosp. 2011; 26 (3): 501-510.

15. González Victoriano R, Bevilacqua J. Disfagia en el paciente neurológico. Rev Hosp Clín Univ. Chile .2009;20: 252-262.

16. Iglesias Vázquez L. Alimentación e hidratación en demencia avanzada. [Tesis Doctoral]. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas, ICAI ICADE; 2018. Disponible en: repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/31284/TFM000952.pdf?sequence=1

17. Palma Milla S, Meneses D, Valero M, Calso M, García Vázquez N, Ruiz Garrido M, Martín-Vega A, Gómez Candela C. Costes asociados a la desnutrición relacionada con la enfermedad y su tratamiento: revisión de la literatura. Nutr Hosp .2018; 35:442-460.

18. Nazar G, Ortega A, Puentealba I. Evaluación y manejo integral de la disfagia orofaríngea . Rev. Med. Clin. Condes. 2009; 20(4) 449 – 457.

19. Camarero González, E. Consecuencias y tratamiento de la disfagia. Nutr Hosp Suplementos. 2009 ; 2(2) :66-78.

20. Carrillo Prieto E, Aragón Chicharro S, Federico García Meana F, Calvo Morcuende B, Pajares Bernardo M. Disfagia y estado nutricional en ancianos institucionalizados. En : Gerokomos .2016; 27(4): 147-152.

21. Martínez- Suárez E, Espinosa-Val M.^a, Martos Gutiérrez J, Serra Prat M, Cristófol Allue R. Prevalencia y factores de riesgo asociados a disfagia en la población anciana con deterioro cognitivo atendida en una unidad de psicogeriatría. SCGIG. [Internet] 2017 [Consultado 22 Mar 2019]; 22(2) . Disponible en: <http://scgig.cat/original-prevalencia-y-factores-riesgo-asociados-disfagia-poblacion-anciana-con-deterioro-cognitivo-atendida-unidad-psicogeriatria>

22. Alonso Solla I, Antón Vicente L. Influencia de la alimentación en la prevención del deterioro cognitivo en la enfermedad de Alzheimer. [Trabajo de fin de grado] La Rioja: Universidad de La Rioja; 2015-2016. Disponible en: https://biblioteca.unirioja.es/tfe_e/TFE002052.pdf

23. Nutricia [Internet] Madrid: Nutricia, Grupo Danone. [Consultado 2 Ene 2019]. Disfagia. Tratamiento. Disponible en: www.disfagia-nutricion.es

24. Montero Errasquín B, Cruz Jentoft AJ. Capítulo 6.5: Enfermedades neurológicas. Demencias. En : Serrano Ríos M, Cervera Ral P, López Nomdedeu C, Ribera Casado JM, Sastre Gallego A. Guía para la alimentación para personas mayores. Madrid: ERGON; 2010. 135-144. Disponible en: www.institutodanone.es/assets/guia_de_alimentacion_para_personas_mayores.pdf

25. Sieiro Marrero R, Sosa Álvarez L. La disfagia. repercusiones y tratamiento en la enfermedad de Alzheimer y Parkinson [Trabajo de fin de grado] Madrid: Universidad de La Laguna; 2016. Disponible en: <https://riull.ull.es/xmlui/handle/915/2593>
26. Instituto Nacional de desórdenes neurológicos y Accidentes cerebrovasculares(NINDS). Trastornos de deglución. [Internet].EEUU: NINDS; 2016. [Consultado 5 Ene 2019]. Disponible en: www.ninds.nih.gov/Disorders/All-Disorders/Swallowing-Disorders-Information-Page
27. García Aparicio J, Herrero JI, Moreno Gómez AM^a, Martínez Sotelo J, González del Valle E y Fernández de la Fuente M^aA. Pilotaje de un protocolo para la adecuación de la forma farmacéutica de la medicación oral al grado de disfagia, de los pacientes ingresados en un servicio de medicina interna. Nutr. Hosp. 2011; 26 (5): 933-939.
28. De la Rica Escuin M^a L, González Vaca J, Oliver Carbonell JL, Abizanda Soler P. Uso de las sondas de alimentación en el paciente con demencia avanzada: revisión sistemática. Rev Clin Med Fam .2013; 6(1): 37-42. doi: [10.4321/S1699-695X2013000100007](https://doi.org/10.4321/S1699-695X2013000100007).
29. Garcés M. Universidad Complutense de Madrid y Neuroalianza. Estudio sobre las enfermedades neurodegenerativas en España y su impacto económico y social .Madrid; 2016. Disponible en: neuroalianza.org/wp-content/uploads/Informe-NeuroAlianza-Completo-v-5-optimizado.pdf
30. Lliguin León RT, Orts Cortes MI(tut). Cuidados de enfermería en el anciano institucionalizado con disfagia orofaríngea. [Trabajo de fin de grado]. Alicante: Universidad de Alicante; 2017. Disponible en : rua.ua.es/dspace/handle/10045/67212

- 31.** Sánchez Peláez M.^aV. Disfagia orofaríngea en el anciano hospitalizado: prevalencia, métodos diagnósticos y cuidados de enfermería. Nuberos científica. 2015; 2(15).
- 32.** Velasco M, Arreola V, Clavé P, y Puiggrós C. Abordaje clínico de la disfagia orofaríngea: diagnóstico y tratamiento. Nutr Clin Med. 2007 ;1(3): 174-202
- 33.** Lea EJ, Goldberg LR, Price AD, Tierney LT, McInerney FJ. Staff awareness of food and fluid care needs for older people with dementia in residential care: A qualitative study. J Clin Nurs [Internet] 2017 [Consultado 16 Mar 2019] ; 26(23-24). doi: [10.1111/jocn.14066](https://doi.org/10.1111/jocn.14066)
- 34.** Baena González y M. y Molina Recio G. Abordaje de la disfagia en enfermos de alzhéimer. Nutr. Hosp. 2016; 33(3): 739-748. doi: [10.20960/nh.286](https://doi.org/10.20960/nh.286).
- 35.** Cruz Escrich N. Enfermos de Alzheimer: La sobrecarga del cuidador [Trabajo de fin de grado]. Lérida: Universidad de Lérida; 2013. Disponible en : repositori.udl.cat/bitstream/handle/10459.1/47007/ncruze.pdf?sequence=1
- 36.** Sampson EL, Candy B, Jones L. Enteral tube feeding for older people with advanced dementia. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet].2009 [Consultado 20 Ene 2019]. doi: [10.1002/14651858.CD007209.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD007209.pub2)
- 37.** Ferrero López MI, Castenao Vela E, Navarro Sanz R .Utilidad de implantar un programa de atención a la disfagia en un Hospital de Media y Larga Estancia. Nutr. Hosp. 2009; 24(5).

38. Méndez-Sánchez IM, López-Vega MC, Pérez-Aisa Á. Disfagia orofaríngea. Algoritmo y técnicas diagnósticas. SAPD. 2017; 40(3).

39. Suárez-Escudero J, Rueda Vallejo Z, Orozco A. Disfagia y neurología: ¿Una unión indefectible? Acta Neurol Colomb. 2018;31(1):92-100.

40. Torres Camacho MJ, Vázquez Perozo M, Parellada Sabaté A, González Acosta ME. Disfagia en ancianos que viven en residencias geriátricas de Barcelona. Gerokomos 2011 Mar; 22(1): 20-24.

41. Yaprak S, Arıcı S, Incesu TK, Gürgör N, Beckmann Y, Ertekin C. Dysphagia in Alzheimer's disease. Clínica de Neurofisiol. 2016 ;46(3):171:178.

42. Alagiakrishnan K, Bhanji RA, Kurian M. Evaluation and management of oropharyngeal dysphagia in different types of dementia: A systematic review. Arch Gerontol Geriatr. 2013; 56(1) : 1-9. doi: [10.1016/j.archger.2012.04.011](https://doi.org/10.1016/j.archger.2012.04.011)

43. De Luis DA, Aller R, Izaola O. Menú de textura modificada y su utilidad en pacientes con situaciones de riesgo nutricional. Nutr Hosp. 2014; 29(4): 751-759. doi: [10.3305/nh.2014.29.4.7003](https://doi.org/10.3305/nh.2014.29.4.7003)

44. Wirth R, Dziewas R, Beck AM, Clavé P, Hamdy S, Heppner HJ, et. Al. Oropharyngeal dysphagia in older persons - from pathophysiology to adequate

intervention: a review and summary of an international expert meeting. Clin Interv Envejecimiento. 2016; 11:189-208.

45. Austbo Holteng LB, Froiland CT, Corbett A, Testad I. Care staff perspective on use of texture modified food in care home residents with dysphagia and dementia APM. [Internet] 2017. [Consultado 17 Mar 2019]; 6(4). doi: [10.21037/apm.2017.06.24](https://doi.org/10.21037/apm.2017.06.24)

46. Milà- Villarroel R, Formiga F, Duran Albert P, Abellana Sangrà R .Prevalencia de malnutrición en la población anciana española: una revisión sistemática. Med Clin[Internet] 2012 [Consultado 26 Mar 2019]; 139(11) : 502-508. doi: [10.1016/j.medcli.2012.04.008](https://doi.org/10.1016/j.medcli.2012.04.008)

47. Céspedes Gutiérrez J, Avellaneda Codina P, y Codina Almansa M^aC. Capítulo 15: Alimentación personas con Alzheimer en la restauración hospitalaria. En: Molero M^aM, Pérez-Fuentes M^adel C, Gázquez JJ, Mar Simón M^a del M, Barragán AB, Martos A, Sisto M. Intervención en Contextos clínicos y de la salud. Volumen II. Almería: ASUNIVEP; 2018. 129-136. Disponible en : formacionasunivep.com/Veice/files/libro%20intervencion%20en%20contextos%20clinicos.pdf

48. Benítez Guerrero A. Disfagia Orofaríngea. En : Marín Carmona JM, Vargas Cruz J, Salinas Barrionuevo A. Geriatría y cronicidad. Málaga: SAGG; 2015. 70-79. Disponible en : www.sagg.es/~josepr37/sociedades/sagg/images/site/congreso2015/Libro_Comunicaciones_SAGG_2015.pdf

49. De Torres Aured M.^a L, López-Pardo Martínez M. Metodología educacional y beneficios del yogur en el cuidado de la disfagia. Nutr. clín. diet. Hosp. 2016; 36(4) : 148-158. doi: [10.12873/364detorres](https://doi.org/10.12873/364detorres)

50. Bosch X, Formiga F, Cuerpo S, Torres B, Rosón B, López-Soto A. Aspiration pneumonia in old patients with dementia. Prognostic factors of mortality. Eur J Intern Med. 2012; 23(8): 720-726. doi: [10.1016/j.ejim.2012.08.006](https://doi.org/10.1016/j.ejim.2012.08.006)

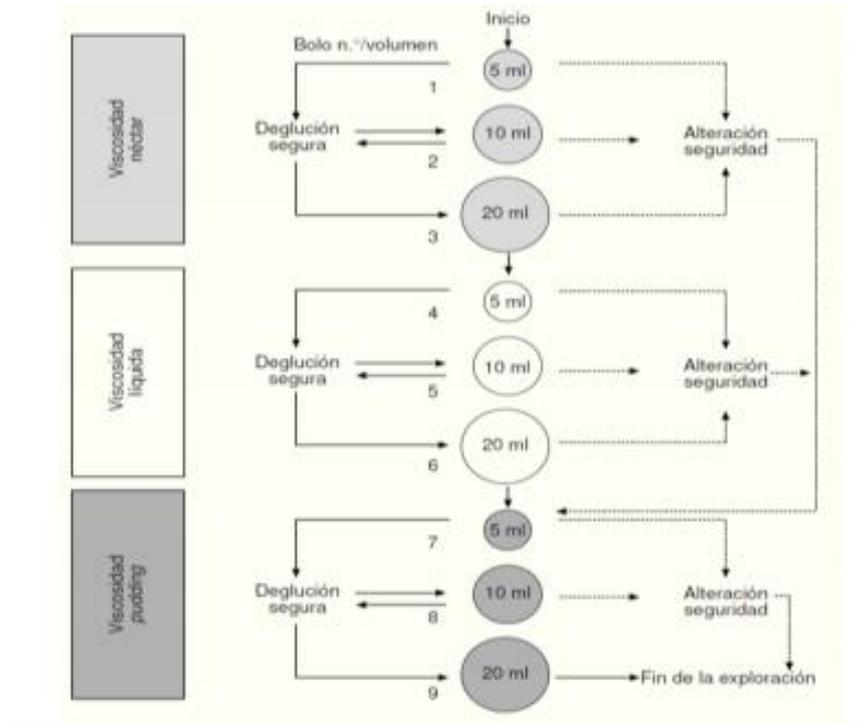
51. Zanini M, Bagnasco A, Catania G , Aleo G , Sartini M, Cristina ML , Ripamonti S , Monacelli F , Odetti P, Sasso L .A Dedicated Nutritional Care Program (NUTRICARE) to reduce malnutrition in institutionalised dysphagic older people: A quasi-experimental study. J Clin Nurs. 2017; 26(23-24). doi: [10.1111 /jocn.13774](https://doi.org/10.1111/jocn.13774)

52. Paranji S, Paranji N, Wright S, Chandra S. Nationwide study of the impact of dysphagia on hospital outcomes among patients with dementia. Am J Alzheimers Dis Other Demen.2016; 32(1) : 5-11. doi: [10.1177 / 1533317516673464](https://doi.org/10.1177 / 1533317516673464)

53. Serrano Gallardo, P. Trabajo DE fin de grado en Ciencias de la salud. España: Difusión de Avances de Enfermería (DAE); 2012.ISBN: 978-84-92815-38-8.

8. ANEXOS

1.Método de exploración clínica volumen viscosidad (MECV-V)



Fuente: Méndez-Sánchez IM, López-Vega MC, Pérez-Aisa Á. (2017) *Disfagia orofaríngea. Algoritmo y técnicas diagnósticas.*³⁶