

**TRABAJO DE FIN DE GRADO**  
**GRADO EN ENFERMERÍA**



**UNIVERSIDAD  
DE ALMERÍA**

**PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN EL ABORDAJE DEL  
PACIENTE CON DISFAGIA OROFARÍNGEA**

THE ROLE OF NURSING IN THE APPROACH TO THE PATIENT WITH  
OROPHARYNGEAL DYSPHAGIA

**AUTOR/a**

**D.<sup>a</sup> Juan Antonio Cortés Montoya**

**DIRECTOR/a**

**Prof.<sup>a</sup> María del Mar Torres Navarro**



Facultad de  
**Ciencias de la Salud**  
Universidad de Almería

**Curso Académico**  
2021/2022  
**Convocatoria**  
Junio

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradecer en primer lugar a aquellos profesores que a lo largo de estos años he ido conociendo, de los cuales agradezco su buen hacer y dedicación en hacer de mí un buen profesional. Gracias a María del Mar Torres por tu paciencia y sabiduría, por los buenos ratos pasados en el transcurso de este trabajo de fin de grado.

En segundo lugar, agradecer a todos mis compañeros y amigos, por haberme ayudado cuando lo necesitaba, en especial a Estrella por aguantarme día y noche y ayudarme en todo momento. Agradecer a Luis por el apoyo recibido desde mi inicio como estudiante hasta su partida, a pesar de ello me has seguido inspirando y un pedacito de este trabajo es por tí amigo mío, te estaré eternamente agradecido.

Por último, agradecer a Laura por todo el apoyo incondicional recibido durante esta etapa de mi vida, por ayudarme en todo lo que necesitaba y por estar ahí en todo momento para recordarme que puedo ser lo que yo quiera ser. Agradecido de poder compartir contigo todo lo vivido, gracias por todo.

## **INDICE:**

<b>RESUMEN .....</b>	<b>7</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>1</b>
1.1. <i>Estado actual de la cuestión: Definición de disfagia. ....</i>	<i>1</i>
1.2. <i>Tipos de disfagia. ....</i>	<i>2</i>
1.3. <i>Consecuencias de la disfagia. ....</i>	<i>4</i>
1.4. <i>Justificación .....</i>	<i>4</i>
1.5. <i>Objetivos .....</i>	<i>5</i>
<b>2. METODOLOGÍA .....</b>	<b>5</b>
2.1. <i>Diseño. ....</i>	<i>5</i>
2.2. <i>Pregunta de investigación. ....</i>	<i>6</i>
2.3. <i>Bases de datos, estrategia de búsqueda.....</i>	<i>6</i>
2.4. <i>Criterios de selección. ....</i>	<i>7</i>
2.5. <i>Análisis de datos .....</i>	<i>7</i>
<b>3. RESULTADOS.....</b>	<b>8</b>
3.1. <i>Complicaciones asociadas a la disfagia orofaríngea. ....</i>	<i>8</i>
3.2. <i>Métodos de evaluación de la disfagia orofaríngea. ....</i>	<i>10</i>
3.3. <i>Perfiles de pacientes susceptibles de presentar disfagia orofaríngea.....</i>	<i>13</i>
3.4. <i>Cuidados actualizados en pacientes con disfagia: .....</i>	<i>15</i>
3.5. <i>Plan de cuidados para pacientes con disfagia. ....</i>	<i>20</i>
3.6. <i>Recursos informativos disponibles para pacientes y familiares sobre disfagia. .</i>	<i>22</i>
<b>4. CONCLUSIÓN.....</b>	<b>22</b>
<b>5. REFERENCIAS BIOGRÁFICAS .....</b>	<b>26</b>
<b>6. ANEXOS .....</b>	<b>29</b>

<i>Anexo 1.</i> ....	29
<i>Anexo 2.</i> ....	35
<i>Anexo 3.</i> ....	40

### **INDICE DE FIGURAS**

Figura 1.....	3
Figura 2.....	6
Figura 3.....	12
Figura 4.....	17
Figura 5.....	18

### **INDICE DE TABLAS**

Tabla 1 .....	9
Tabla 2 .....	13
Tabla 3 .....	14
<i>Tabla 4.</i> .....	19

## **RESUMEN**

**Introducción:** La disfagia orofaríngea se define como dificultad para llevar a cabo la deglución de alimentos líquidos, sólidos o medicamentos, es el tipo de disfagia más relevante por su alta prevalencia y complicaciones asociadas de tipo social, económicas y sanitarias, además de las causadas a la propia salud de quien la padece, siendo la neumonía por broncoaspiración la más común.

**Objetivos:** El principal objetivo de esta revisión fue analizar y describir el papel de la enfermería en el abordaje del paciente con dicha afección, además se desarrollaron distintos objetivos específicos para afinar aún más en la cuestión.

**Metodología:** Se realizó una revisión bibliográfica sobre el papel de la enfermería en el abordaje del paciente adulto con disfagia orofaríngea entre enero y mayo de 2022 en las bases de datos: Scopus, Proquest, Scielo y Cuiden. Se seleccionaron principalmente artículos menores a 5 años. Se utilizaron descriptores MeSH y DeCS combinados con los operadores booleanos OR y AND.

**Resultados:** Se seleccionaron 18 artículos, de los cuales, los principales resultados fueron la evidencia inequívoca de que la neumonía por broncoaspiración es la complicación más común y el abordaje enfermero a través de procedimientos propios como el test volumen viscosidad, test del agua, escalas de nutrición, higiene bucal y diversos cuidados pueden disminuir la incidencia de complicaciones y aportar mayor calidad de vida al paciente, también se evidenciaron técnicas y dispositivos que permiten la rehabilitación de la disfagia orofaríngea.

**Conclusión:** La enfermería es un pilar clave y referente en los cuidados de pacientes con disfagia orofaríngea. Debido a sus intervenciones y abordaje holístico el paciente puede mejorar en calidad de vida, disminuyendo complicaciones y aumentando su autonomía.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Oropharyngeal dysphagia is defined as difficulty in swallowing liquid food, solids or medication. It is the most relevant type of dysphagia due to its high prevalence and associated social, economic and health complications, in addition to

those caused to the sufferer's own health, the most common being bronchoaspiration pneumonia.

**Objectives:** The main objective of this review was to analyse and describe the role of nursing in the management of the patient with this condition, and specific objectives were developed to further refine the question.

**Methodology:** A literature review on the role of nursing in the management of adult patients with oropharyngeal dysphagia was conducted between January and May 2022 in the following databases: Scopus, Proquest, Scielo and Cuiden. Mainly articles under 5 years old were selected. MeSH and DeCS descriptors combined with the Boolean operators OR and AND were used.

**Results:** 18 articles were selected, of which the main results were the unequivocal evidence that bronchoaspiration pneumonia is the most common complication and the nursing approach through procedures such as the viscosity volume test, water test, nutrition scales, oral hygiene and various care procedures can reduce the incidence of complications and provide better quality of life for the patient, as well as techniques and devices that allow rehabilitation of oropharyngeal dysphagia.

**Conclusion:** Nursing is a key pillar and reference in the care of patients with oropharyngeal dysphagia. Due to their interventions and holistic approach, patients can improve their quality of life, reduce complications and increase their autonomy.

# 1. INTRODUCCIÓN

## *1.1.Estado actual de la cuestión: Definición de disfagia*

La deglución normal se divide en 4 fases:

- Fase oral preparatoria: en esta fase se forma el bolo alimenticio a través de la masticación de los alimentos, la saliva y los movimientos de la mandíbula y la lengua. (Cortés, 2020).
- Fase oral de transporte: se produce el transporte del bolo alimenticio hacia la faringe, gracias al movimiento lingual que lo propulsió a una velocidad entre 1-1,5 segundos. El paso del bolo a través del istmo de las fauces da lugar al reflejo deglutorio. Todo este proceso se realiza voluntariamente por lo que influye mucho el estado de las funciones cerebrales superiores. (Muñoz et al., 2019).
- Fase faríngea: se extiende desde el paso del bolo a través del istmo de las fauces hasta que pasa por el esfínter esofágico superior. Se realiza de forma involuntaria aproximadamente en un segundo. Aquí la orofaringe pasa a ser una vía deglutoria en vez de respiratoria gracias a la apertura del esfínter esofágico superior y la coordinación de distintos mecanismos faríngeos. (Muñoz et al., 2019).
- Fase esofágica: en esta fase el bolo pasa al estómago desde el esfínter esofágico superior recorriendo el esófago a través de las ondas peristálticas. Una vez llega al esfínter esofágico inferior, éste se abre recuperando rápidamente su tono muscular evitando así el reflejo gastroesofágico. (Muñoz et al., 2019).

La disfagia no es una enfermedad, si no un síntoma subjetivo de dificultad para llevar a cabo la deglución de alimentos líquidos, sólidos o medicamentos. (Cortés, 2020). Puede afectar a personas de todas las edades siendo más común en ancianos debido al deterioro fisiológico ocasionado por la edad, enfermedades que lo provoquen o el uso de fármacos. (Hadde et al., 2021).

Los signos que muestran la posible sospecha de disfagia se pueden clasificar teniendo en cuenta la fase de deglución en la que aparecen:

Fase preparatoria y fase oral: almacenar comida en la boca y no deglutir, mal sellado labial, problemas para formar el bolo, masticación excesiva, disminución de la fuerza de masticación, quedan restos de comida en la boca después de tragar. (Cortés, 2020).

Fase faríngea: carraspeo, tos antes o después de deglutir, sensación de obstáculo en la garganta, sensación de restos de alimentos en la faringe o en la boca. (Cortés, 2020).

De los distintos tipos de disfagia que existen, la orofaríngea supone aproximadamente un 80% de las disfgias diagnosticadas. (Cortés, 2020). Con la tasa de envejecimiento aumentando se espera que en el año 2050 existan alrededor de 1600 millones de personas afectadas por esta condición. (Agrawal et al., 2018). Esta afección se relaciona con un aumento del riesgo de muerte y dependencia, así como la aparición de complicaciones como la neumonía, además la estancia hospitalaria se ve aumentada y la calidad de vida afectada. (Bath et al., 2018).

### *1.2. Tipos de disfagia*

Aguda: dificultad brusca y repentina para la deglución de alimentos sólidos y líquidos, se caracteriza por la sensación propia de tener un cuerpo extraño en el esófago o impactación del bolo alimenticio, es necesario una atención rápida. (Muñoz et al., 2019).

No aguda: se divide en disfagia orofaríngea y esofágica, siendo la más común la orofaríngea que comprende desde la boca hasta el esfínter esofágico superior, es decir puede afectar a las tres primeras etapas de la deglución. En cambio, la disfagia esofágica implica el esófago y la conexión esofagogástrica, es decir, afecta a la última etapa de la deglución. (Cortés, 2020).

Otros tipos de disfagia: la disfagia que aparece en la enfermedad de alzhéimer es denominada disfagia neurogénica y es la causante de producir en muchas ocasiones la muerte por broncoaspiración. En la actualidad más de 25 millones de personas sufren de demencia y en su mayoría es de tipo alzhéimer, siendo la disfagia orofaríngea un trastorno con elevada prevalencia, en torno el 84% de los pacientes de alzhéimer. (González & Recio, 2016).

Según Muñoz (2019) tanto en la disfagia orofaríngea como en la disfagia esofágica las causas pueden ser orgánicas o funcionales. En la figura 1 quedan reflejadas las distintas causas orgánicas y funcionales de la disfagia esofágica y orofaríngea.



<b>Disfagia orofaríngea</b>	
<b>orgánica</b>	<b>funcional</b>
<p><b>Obstrucción intraluminal (cuerpo extraño)</b></p> <p><b>Lesiones intrínsecas</b></p> <p><b>Inflamatorias</b>            Infecciosas (virus, bacterias y hongos)            Corrosivas (cáusticos, fármacos)</p> <p><b>Anillos y membranas</b>            Membranas faringe/esófago cervical            Síndrome de Plummer-Vinson</p> <p><b>Estenosis benigna</b>            Pépticas            Cáusticas o farmacológicas            Inflamatorias            Postirradiación y quirúrgicas            Congénitas</p> <p><b>Tumores orofaríngeos</b>            Malignos            Benignos</p> <p><b>Compresiones extrínsecas</b>            Espondilitis, osteofitos vertebrales            Abscesos y masas retrofaríngeas            Bocio            Divertículo de Zenker            Compresiones vasculares</p>	<p><b>Dificultad para iniciar el reflejo de deglución</b>            Parálisis lingual            Anestesia orofaríngea            Lesiones de los componentes sensitivos de los nervios vago y glossofaríngeo            Lesiones en el centro de la deglución</p> <p><b>Alteraciones motoras del músculo estriado faríngeo y esofágico</b>  <b>Secundarias a procesos neurológicos</b>            Accidente cerebrovascular            Enfermedad neuromotora (ELA, AME...)            Poliomiélitis y síndrome postpoliomiélitis            Polineuritis            Esclerosis lateral amiotrófica            Disautonomía familiar</p> <p><b>Enfermedades neuromusculares</b>            Miastenia gravis</p> <p><b>Enfermedades musculares (miopatías)</b>            Colagenopatías            Poliomiélitis            Dermatomiositis            Distrofia (miotónica u orofaríngea)            Síndromes paraneoplásicos</p> <p><b>Trastorno del esfínter esofágico superior</b>            Acalasia cricofaríngea            Parálisis de músculos suprahiodeos</p>
<b>Disfagia esofágica</b>	
<b>orgánica</b>	<b>funcional</b>
<p><b>Obstrucción luminal (cuerpo extraño)</b></p> <p><b>Lesiones intrínsecas (esofagitis)</b></p> <p><b>Inflamatorias</b>            Infecciosas (virus, bacterias y hongos)            Epidermólisis bullosa            Corrosivas (cáusticos, fármacos)</p> <p><b>Anillos y membranas</b>            Congénitos            Inflamatorios            Anillo de Shatzki</p> <p><b>Estenosis benigna</b>            Pépticas            Cáusticas o farmacológicas            Inflamatorias            Postirradiación, postcirugía y postesclerosis de varices            Congénitas            Isquémicas</p> <p><b>Tumores</b>            Malignos            Benignos</p> <p><b>Compresiones extrínsecas</b>            Cardiovasculares            Masas mediastínicas            Lesiones postvagotomía</p>	<p><b>Alteraciones del músculo liso esofágico</b>            Parálisis del cuerpo esofágico causando contracciones débiles            Esclerodermia y colagenopatías            Distrofia miotónica            Neuropatías metabólicas (amiloidosis, alcohol, diabetes)            Acalasia primaria o clásica            Contracciones simultáneas o alteraciones de la relajación del cuerpo esofágico            Espasmo esofágico difuso (EED)            Acalasia vigorosa            Variantes de EED</p> <p><b>Alteraciones del esfínter esofágico inferior</b>            Acalasia primaria            Acalasia secundaria</p>

Figura 1 Causas orgánicas y funcionales de la disfagia orofaríngea y esofágica. (Cortés, 2020).

### *1.3. Consecuencias de la disfagia*

La disfagia puede generar consecuencias a distintos niveles: social, económico y sanitario.

En concreto la disfagia orofaríngea puede tener consecuencias muy negativas para la persona que la padece ya que perjudica tanto la calidad de vida como la propia salud. (Hadde et al., 2021).

Dicha calidad de vida se ve muchas veces mermada debido a las implicaciones sociales y psicológicas que supone. (Patel et al., 2018). El mero acto de comer se puede convertir en algo desagradable para el paciente con disfagia, además hay que sumarle la alteración vocal que muchas veces acarrea debido a la cercanía anatómica, la deglución y la voz se encuentran relacionadas fisiológicamente, por ende, cuando una de las dos funciones se altera repercute negativamente en la otra de inmediato. (Vargas, 2018).

A veces la selección de los alimentos favorables desde la perspectiva de seguridad para el paciente puede llegar a provocar alteraciones en el ámbito familiar si la persona no cuenta con el apoyo apropiado, favoreciendo el miedo y la inseguridad. Todo ello da lugar a la evasión del paciente a las reuniones, eventos, encuentros sociales. (Cortés, 2020). Muchas de estas inseguridades suelen estar relacionadas con el miedo de asfixia, la muerte o por vergüenza, lo que conlleva a un aislamiento social y a dejar de disfrutar comer con compañía, repercutiendo así en el estado de ánimo del sujeto. (Vargas, 2018).

A todas estas consecuencias hay que sumarle las sanitarias, la más destacable es sin duda alguna el elevado coste sanitario que supone en el caso de la atención hospitalaria de aquellos pacientes que padecen disfagia respecto a los que no la padecen, debido a una estancia más prolongada por complicaciones secundarias a corto y largo plazo, pruebas de diagnóstico y tratamientos adicionales. Por ejemplo la disfagia orofaríngea es responsable de aumentar el coste sanitario adicionalmente en torno a 4,3 y 7,1 mil millones de dólares anuales en Estados Unidos (Patel et al., 2018).

### *1.4. Justificación*

En el abordaje de pacientes con disfagia orofaríngea se cometen muchos errores por falta de formación de los profesionales y los propios pacientes y sus personas cuidadoras. Dicha carencia puede ocasionar dificultad en la elección de la dieta del paciente, pudiendo dar lugar a consecuencias secundarias como la broncoaspiración.

La detección de la disfagia permite llevar a cabo una adaptación precoz en la consistencia de los alimentos y en la preparación de la medicación oral. Por ello es fundamental saber evaluar la disfagia, así como su detección. Los problemas de deglución pueden aparecer en pacientes geriátricos de edad avanzada, pacientes con neoplasias o con afección neurológica de diversa índole. Para cada tipo hay que llevar a cabo un abordaje multidisciplinar y la enfermería aporta un papel fundamental a través de sus cuidados que permiten un aumento de la calidad de vida de estos pacientes y una reducción de los costes sanitarios.

**PALABRAS CLAVE:** Ictus [DECS]. Envejecimiento. [DECS]. Complicaciones [DECS]. Atención de enfermería [DESCS]. Trastornos de deglución [DECS].

**KEY WORDS:** Stroke [MESH]. Aging [MESH]. Complications. [MESH]. Nursing care [MESH]. Deglutition disorders [MESH].

### *1.5. Objetivos*

General:

1. Analizar y describir el papel de la enfermería en el abordaje del paciente con disfagia orofaríngea para la prevención de posibles complicaciones.

Específicos:

1. Determinar las distintas complicaciones asociadas a la disfagia orofaríngea.
2. Describir los distintos métodos de evaluación de la disfagia orofaríngea.
3. Analizar los diferentes perfiles de pacientes susceptibles de presentar disfagia orofaríngea.
4. Determinar los cuidados actualizados basados en la mejor evidencia científica disponible sobre pacientes con disfagia: alimentación, hidratación y medicación oral.
5. Proponer un plan de cuidados enfermero basado en las taxonomías NANDA-NOC-NIC y la evidencia científica disponible.
6. Proponer recursos informativos disponibles para pacientes y familiares sobre la disfagia.

## **2. METODOLOGÍA**

### *2.1. Diseño*

Se ha realizado una revisión bibliográfica entre enero y mayo de 2022 de la información disponible sobre el papel de la enfermería en el abordaje del paciente adulto con disfagia orofaríngea.

## 2.2. Pregunta de investigación

Se planteó la siguiente pregunta de investigación siguiendo el formato PIO:

**P (población):** pacientes adultos con disfagia orofaríngea.

**I (intervención):** cuidados de enfermería relacionados con la alimentación, hidratación y toma de medicación oral.

**O (outcomes/resultados):** prevención de complicaciones asociadas.

## 2.3. Bases de datos, estrategia de búsqueda

Las bases de datos consultadas se detallan a continuación en la figura 2 donde se especifica el número total de artículos identificados, el cribado realizado, la idoneidad y el número de artículos que han sido finalmente seleccionados para la elaboración de este trabajo.

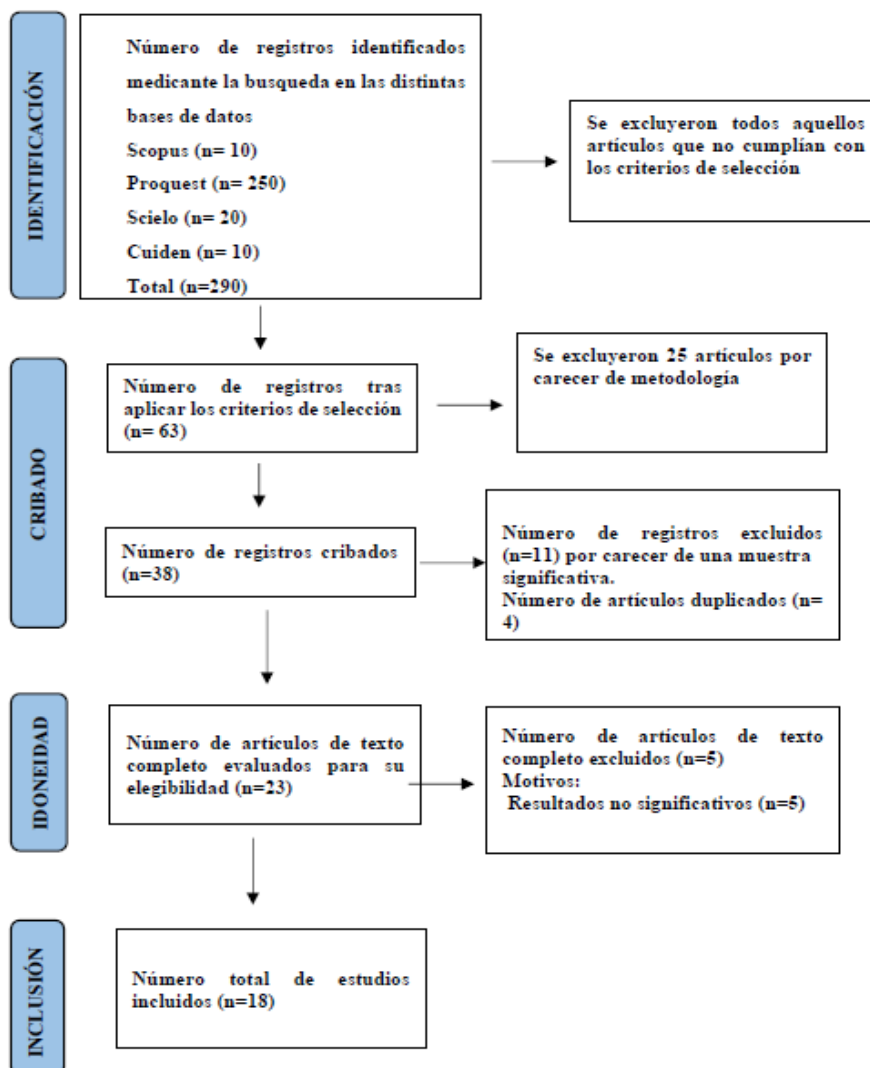


Figura 2 Diagrama de flujo

Además, se han consultado diferentes páginas web de organismos nacionales e internaciones de referencia en el abordaje de la disfagia orofaríngea:

- Sociedad española de médicos de atención primaria (SEMERGEN).
- Herramienta NNN Consult.
- Nestle Health Science.
- Medline plus.

Se han utilizado las mismas palabras clave en todas las bases de datos, recurriendo a lenguaje natural y a términos DECS y MESH, que a continuación se especifican en castellano e inglés.

PALABRAS CLAVE: Ictus [DECS]. Envejecimiento. [DECS]. Complicaciones [DECS]. Atención de enfermería [DESCS]. Trastornos de deglución [DECS].

KEY WORDS: Stroke [MESH]. Aging [MESH]. Complications. [MESH]. Nursing care [MESH]. Deglutition disorders [MESH].

Y para afinar la estrategia de búsqueda se ha utilizado el operador booleano AND para unir los términos de búsqueda y el operador booleano OR para realizar asociaciones entre los mismos.

#### *2.4. Criterios de selección*

Se establecieron los siguientes criterios de selección:

Criterios de inclusión:

- Publicaciones en inglés y castellano.
- Publicaciones de los últimos 5 años.
- Artículos cuyo título y resumen estuviese relacionada con disfagia orofaríngea.

Criterios de exclusión:

- Publicaciones que carecían de metodología y resultados.
- Publicaciones centradas en la acalasia y no en la disfagia orofaríngea.
- Publicaciones centradas en distintas técnicas para el diagnóstico médico de la disfagia.

#### *2.5. Análisis de datos*

Tras finalizar la búsqueda bibliográfica se llevó a cabo la selección final de los artículos en tres fases:

Primera fase: lectura del título de los artículos, escogiendo los que se relacionaban con el tema de trabajo en cuestión y excluyendo aquellos que no cumplían los criterios de selección.

Segunda fase: lectura del resumen de los artículos seleccionados en la primera fase, escogiendo los que se relacionaban con el tema de trabajo en cuestión.

Tercera fase: lectura del texto completo de los artículos seleccionados en la segunda fase, escogiendo aquellos artículos susceptibles de dar respuesta a la pregunta de investigación planteada y a los objetivos propuestos.

### **3. RESULTADOS**

#### *3.1. Complicaciones asociadas a la disfagia orofaríngea*

Los pacientes con disfagia orofaríngea pueden presentar varias complicaciones, pero la más importante y la que puede afectar a todos los pacientes que padecen esta afección es la neumonía ocasionada por la broncoaspiración de alimentos. (Kim et al., 2019). También puede ocasionar deshidratación o malnutrición, siendo estos dos comunes en ancianos. (Kim et al., 2019).

La neumonía se asocia a la broncoaspiración silente que se produce al ingerir alimentos y no deglutir de forma efectiva, por lo que pequeñas cantidades de alimento van depositándose en los pulmones a través de las vías respiratorias, es una de las principales complicaciones que pueden llegar a producir la muerte. (Jones et al., 2020).

La desnutrición aparece debido a la dificultad de ingerir comida sólida o líquida, suele estar presente en el inicio de la enfermedad que lo provoque, por lo que es común la pérdida de peso en el inicio de la afección. (Kim et al., 2019).

Existe un riesgo de deshidratación debido al rechazo que a veces provoca la dificultad de deglutir líquidos, por temor de atragantarse y realizar una broncoaspiración, es por ello por lo que se debe de evaluar de forma periódica cual es el volumen de líquidos que precisa el paciente durante todo el día. (González & Recio, 2016). La deshidratación y la desnutrición si se prolongan en el tiempo pueden llegar a provocar episodios de confusión mental, fatiga, vértigo, infecciones de orina, producción de fecalomas, mayor incidencia de úlceras por presión, caídas y fracturas. (Umemoto & Furuya, 2020).

Otra de las complicaciones que más repercuten son a nivel psicológico, debido al aislamiento social, depresión o trastornos del ánimo, por el miedo a atragantarse o vergüenza evitan comer en familia o con amigos. (Vargas, 2018).

Existen también complicaciones asociadas a la utilización de nutrición enteral por medio de ostomía o sondas, hablamos de úlceras, inflamación, infecciones, vómitos o náuseas, diarrea o estreñimiento. (Umemoto & Furuya, 2020).

En la tabla 1 se encuentra de forma resumida los artículos añadidos en este apartado.

*Tabla 1 Resumen de los artículos incluidos en el apartado 3.1.*

<b>AUTORES Y AÑO</b>	<b>DISEÑO (tamaño muestral)</b>	<b>OBJETIVO (variable)</b>	<b>RESULTADOS Y LIMITACIONES</b>
(Umemoto & Furuya, 2020).	Revisión bibliográfica.	Describir el tratamiento de la disfagia orofaríngea en pacientes con Parkinson.	Videofluoroscopia o videoendoscopia de rutina para adaptar la alimentación. Nutrición enteral por sonda nasogástrica o gastrostomía como alternativa.
(Jones et al., 2020).	Revisión bibliográfica.	Disfagia orofaríngea posterior al ictus.	Mejoras en descripciones de la fisiología de la deglución (localización de lesiones, factores que permiten predecir la disfagia y secuelas).
(Kim et al., 2019).	Ensayo clínico no aleatorizado. 64 pacientes con disfagia post ictus.	Comparar la disfagia entre pacientes con ictus infraterritorial y pacientes con ictus supraterritorial. Se usó videofluoroscopia.	Tiempo de tránsito faríngeo igual en ambos ictus, con diferencias en residuo faríngeo y aspiración de alimentos. Mayores problemas de deglución en disfagia supraterritorial. Limitación principal tamaño muestral pequeño.
(Vargas, 2018).	Cuantitativo transversal. 35 cuidadores de pacientes con disfagia	Valorar la realidad social y la percepción funcional de cuidadores sobre la calidad de vida de los pacientes con disfagia orofaríngea.	Los cuidadores señalan que el mejor dominio en la percepción de calidad de vida de la persona con disfagia es

	orofaríngea.		el psicológico. Limitación principal: tamaño muestral pequeño.
(González & Recio, 2016).	Revisión sistemática.	Conocer el estado actual del conocimiento en relación con el abordaje de la disfagia en el alzhéimer, localizando los factores necesarios para una detección precoz que permita llevar a cabo una prevención de complicaciones.	La videofluoroscopia permite identificar las aspiraciones silentes no diagnosticables clínicamente. Adaptar la alimentación del paciente, y maniobras deglutorias, rehabilitación. Limitaciones: número pequeño de revisiones sistemáticas y su calidad.

### 3.2. Métodos de evaluación de la disfagia orofaríngea

En la actualidad se emplean habitualmente 3 herramientas para evaluar si un paciente presenta disfagia orofaríngea.

Test del agua.

A través de esta prueba podemos determinar cuál es la capacidad de deglución de líquidos claros en distintos volúmenes. Para su realización el paciente debe de tener un reflejo tusígeno adecuado ya que la tos nos va a alertar de la aspiración, por lo tanto, puede llegar a ser peligroso ya que puede dar lugar a broncoaspiraciones. (Cortés, 2020). Esta prueba tiene una baja especificidad ya que solo nos permite discriminar entre si existe riesgo de aspiración o no, en cambio existe otras determinaciones que si nos permiten abordar el tipo de alimentación que debe de tomar el paciente según el grado de afectación de la deglución. (Ballesteros Pomar & Amez, 2017). Esta prueba es realizada por enfermería en el ámbito hospitalario, muy común en pacientes post ictus en los que el test volumen viscosidad es negativo a líquidos y por ende no precisan de espesante para adaptar la textura. (Ballesteros Pomar & Amez, 2017).

Test volumen viscosidad (MECV-V).

Este procedimiento realizado por enfermería es mucho más seguro que el test del agua. Al reducir el volumen del bolo y al aumentar la viscosidad conseguimos obtener mayor seguridad en la deglución, además nos permite saber que volumen, cantidad y textura es la óptima para el paciente. (Ballesteros Pomar & Amez, 2017).



Para su realización se debe de registrar la saturación de oxígeno del paciente ya que, si disminuye al deglutir, puede ser sinónimo de aspiración. Se debe de dar al paciente tres tipos de volúmenes y tres tipos de texturas diferentes, néctar, pudín y líquido. Dichas texturas las obtenemos a través del uso de espesantes. (Teuschl et al., 2018).

Durante la realización de la prueba hay que vigilar el sellado labial, si se produce residuos orales, si se produce una deglución fraccionada, también hay que tener en cuenta la sensación que nos pueda indicar el paciente sobre la presencia de comida en la garganta, la presencia de tos, voz metálica o la disminución de la saturación de oxígeno. (Ballesteros Pomar & Amez, 2017).

El test MECV-V nos permite llevar a cabo una adaptación de la dieta del paciente para aumentar la seguridad a la hora de alimentarse. (Ballesteros Pomar & Amez, 2017). Es realizada de forma muy común en unidades post ictus, se debe de hacer antes de cada comida y cuando se intente modificar la dieta, se dejará de realizar cuando el paciente no de positivo a líquidos y permita pasar de una dieta por túrmix a una dieta con consistencias blandas de fácil masticación. (Teuschl et al., 2018). En la figura 3 se representa el algoritmo a seguir para la realización del test MECV-V.

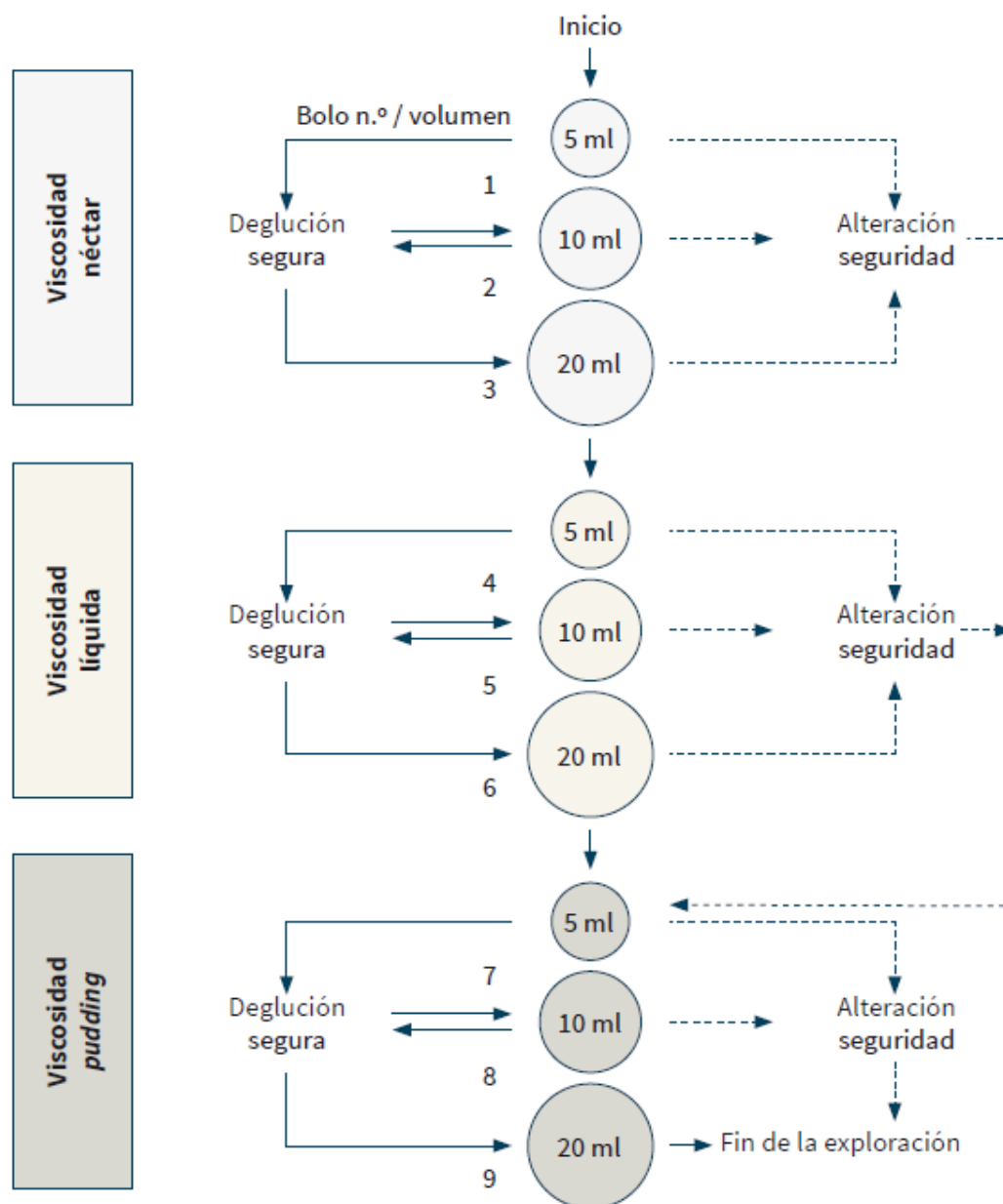


Figura 3 Algoritmo para la realización del test MECV-V para evaluar la disfagia orofaríngea. (González & Recio, 2016).

#### Escala Gugging swallowing screen (GUSS).

Es una escala validada y utilizada a nivel internacional, sirve como herramienta que nos permite adaptar la dieta del paciente según la gravedad de su disfagia. Se lleva a cabo una valoración de la sintomatología del paciente evaluando de manera indirecta la disfagia, después se evalúa de forma directa a través del uso de líquidos con distintas texturas. Para finalizar dando una puntuación que nos indica el grado de disfagia que padece para así poder adaptar la alimentación de forma segura. (Teuschl et al., 2018).

Tabla 2 Resumen de los artículos incluidos en el apartado 3.2.

<b>AUTORES Y AÑO</b>	<b>DISEÑO (tamaño muestral)</b>	<b>OBJETIVO (variable)</b>	<b>RESULTADOS Y LIMITACIONES</b>
(Cortés, 2020).	Guía de práctica clínica.	Actualizar la formación de profesionales.	La disfagia es un problema de salud pública. Diagnóstico, tratamiento nutricional y adaptación de la textura de los alimentos.
(Teuschl et al., 2018).	Estudio observacional. 1394 pacientes hospitalizados en unidad de ictus.	Evidenciar que factores repercuten en la detección de la disfagia y como las adaptaciones dietéticas se relacionan con la disminución de complicaciones por broncoaspiración.	Los acv leves tienen menor riesgo de sufrir complicaciones asociadas a la disfagia en comparación a casos más graves. La escala GUSS es utilizada en menor medida en casos leves. Las adaptaciones dietéticas no siempre previenen la aparición de complicaciones, hay que considerar otras causas de neumonía.
(Ballesteros Pomar & Amez, 2017).	Revisión bibliográfica.	Describir técnicas para la evaluación de la disfagia orofaríngea, analizar el tiempo de realización de la evaluación y revisar el abordaje terapéutico.	Además de procedimientos diagnósticos hay que sumarle estrategias posturales que permiten realizar una deglución segura.

### 3.3. Perfiles de pacientes susceptibles de presentar disfagia orofaríngea

#### - Disfagia en el anciano.

El 80% de los trastornos de la deglución son orofaríngeos, la prevalencia es muy elevada en adultos mayores de 70 años, siendo en un 44% hospitalizados y un 60% institucionalizados. (Muñoz et al., 2019). La disfagia que aparece en el anciano debido a cambios fisiológicos en la masticación y formación del bolo, por pérdida dentaria, disminución de la saliva, atrofia de los músculos masticatorios, epiglotis más lenta y reducida en su tamaño. (Muñoz et al., 2019). La sarcopenia es un síndrome geriátrico caracterizado por la disminución de la masa y fuerza muscular de forma generalizada, esto puede producir disfagia. (Ogawa et al., 2022).

#### - Disfagia en pacientes con enfermedades neurológicas: párkinson, accidente cerebrovascular, alzhéimer y demencia.

La disfagia orofaríngea en la enfermedad de párkinson oscila entre 18,5% y 100%, siendo la neumonía una de las complicaciones más frecuentes. (Umemoto & Furuya, 2020). La rigidez muscular y la bradicinesia son las principales causantes de la alteración deglutoria y al contrario que los accidentes cerebrovasculares en los que la función deglutoria puede recuperarse y/o rehabilitarse, en la enfermedad de párkinson se produce una degeneración progresiva a medida que evoluciona la enfermedad. (Umemoto & Furuya, 2020).

Entre el 27% y el 64% de los supervivientes de un accidente cerebrovascular sufren de disfagia orofaríngea, aunque suele mejorar de manera espontánea a través de la rehabilitación precoz y la adaptación de la alimentación, por ende, es muy importante su identificación y abordaje precoz. (Bath et al., 2018).

- Disfagia en pacientes con cuidados paliativos.

Muñoz (2018) clasificó la disfagia en cuidados paliativos de la siguiente manera:

- Pacientes que padecen de tumores que afectan al sistema nervioso central, cabeza y cuello.
- Enfermedades neurodegenerativas como el alzhéimer, párkinson, ictus, esclerosis múltiple, esclerosis lateral amiotrófica, etc.
- Debido al tratamiento que reciben por enfermedad: cirugías, quimioterapia (efectos nocivos a nivel de mucosa oral, faringe y esófago), radioterapia (da lugar a cambios funcionales como por ejemplo disminución del peristaltismo) y fármacos.

*Tabla 3 Resumen de los artículos incluidos en el apartado 3.3.*

<b>AUTORES Y AÑO</b>	<b>DISEÑO (tamaño muestral)</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>RESULTADOS Y LIMITACIONES</b>
(Ogawa et al., 2022).	Estudio de cohortes. 729 pacientes intervenidos de cirugía vascular	Investigar el efecto del impacto de la fragilidad en la disfagia post quirúrgica cardiovascular.	Fragilidad preoperatoria tuvo una prevalencia significativa en el grupo evaluado en comparación al grupo control. Estado nutricional empeorado en los pacientes con disfagia orofaríngea.
(Umemoto & Furuya, 2020).	Revisión bibliográfica.	Describir el tratamiento de la disfagia orofaríngea en pacientes con	Videofluoroscopia o videoendoscopia de rutina para adaptar la alimentación. Nutrición

		Parkinson.	enteral por sonda nasogástrica o gastrostomía como alternativa.
(Muñoz et al., 2019).	Guía de práctica clínica.	Describir los aspectos más importantes de la disfagia.	Recogida de toda la evidencia disponible sobre la disfagia orofaríngea.
(Bath et al., 2018).	Revisión sistemática.	Evaluar efectos del tratamiento de la deglución en los supervivientes de un ictus dentro de los 6 meses siguientes del ictus.	Terapias de deglución individuales redujeron la duración de la estancia hospitalaria y las complicaciones asociadas.

#### 3.4. Cuidados actualizados en pacientes con disfagia orofaríngea:

- Test de valoración de la disfagia orofaríngea.

El test del agua, test volumen viscosidad y la escala Gugging swallowing screen son los procedimientos más utilizados en la valoración de la disfagia orofaríngea. Se encuentran detallados en el apartado 3.2.

- Adaptación de la dieta.

Cuando el paciente precisa una adaptación de la dieta se debe de reevaluar con periodicidad ya que la situación puede variar durante su estancia hospitalaria, por ello cuando se va a llevar a cabo un cambio de dieta o las circunstancias del paciente varían se debe siempre de reevaluar. (Martín-Martínez et al., 2021).

Las modificaciones en la dieta están recomendadas cuando exista riesgo de aspiración y/o tener alguna deficiencia para una alimentación normal. (Martín-Martínez et al., 2021). En la adaptación de la alimentación hay que tener en cuenta no solo la viscosidad sino también el volumen, todo ello es determinado según las pruebas realizadas al paciente sobre la valoración de la disfagia orofaríngea. (Hadde et al., 2021).

- Modificación de líquidos: el uso de espesante.

Para la modificación de líquidos se utilizan agentes espesantes para aumentar su viscosidad, facilitando así su deglución. (Bolívar-Prados et al., 2019). Los espesantes fabricados a partir de goma de xantana presentan mejores resultados que los tradicionales compuestos por almidón, debido a que no modifican el sabor de los alimentos, además se encuentran en formato líquido por lo que se

disuelven mucho mejor que los que son de formato en polvo. (Hadde et al., 2021). En la hidratación los adultos-mayores frágiles, pacientes oncológicos y los pacientes con afecciones neurodegenerativas suelen presentar menores necesidades hídricas debido a que el grado de actividad es menor, aun así, según el grado de disfagia hay que planificar las tomas de agua para evitar una posible deshidratación. Podemos utilizar agua añadiéndole espesante o agua gelificada. (Muñoz et al., 2019)

- Modificación de alimentos sólidos: la dieta triturada.

La dieta más utilizada si el paciente tolera vía oral es la triturada tipo túrmix, que consiste en una dieta basada en pures. Las comidas no deben de ser muy copiosas, sino más bien raciones pequeñas y que el tiempo de comida no supere los 45 minutos. Además, se debe de evitar el uso de pajitas y jeringas, evitar que hable mientras coma y evaluando siempre la deglución y su tolerancia en todo momento. (Ballesteros Pomar & Amez, 2017).

- Nutrición enteral.

Cuando el paciente no va a poder tolerar nutrición oral durante un periodo de al menos 7 días debido a una disfagia grave, precisará de nutrición enteral que será a través de sonda nasogástrica o nasoentérica cuando la duración va a ser menor de un mes. (Ballesteros Pomar & Amez, 2017). Si se demora más tiempo se puede indicar la alimentación enteral a través de ostomía que podrá ser por gastrostomía o yeyunostomía, estos dos últimos se usan cuando la duración discurre de más de 4-6 semanas. (Muñoz et al., 2019).

- Higiene bucal.

La higiene bucal forma un papel importante y también olvidado en la disminución de complicaciones y en la mejora de los pacientes con disfagia orofaríngea. (Chen et al., 2019). Una buena higiene bucal ayuda al paciente a mantener una nutrición oral más satisfactoria y por lo tanto con mayor calidad., además la tasa de complicaciones secundarias a la disfagia orofaríngea disminuye. (Aoyagi et al., 2021). Es por ello por lo que se debe fomentar la higiene bucal tanto en el ámbito hospitalario, lugar en el que menos se fomenta y en el ámbito familiar tras el alta del paciente. (Chen et al., 2019).

- Estrategias posturales para la deglución.

Se basa en una serie de ejercicios comúnmente más utilizados para rehabilitación a corto plazo que permiten deglutir de forma más segura.(Bath et

al., 2018). En la figura 5 se encuentran las 4 técnicas más comunes de estrategia de deglución.

ESTRATEGIA POSTURAL	¿EN QUÉ CONSISTE?	¿QUÉ SE CONSIGUE CON ELLA?	¿A QUIÉN VA DIRIGIDA?
Flexión cervical anterior	Llevar mentón al esternón	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Protege vía respiratoria.</li> <li>• Menos riesgo de aspiraciones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retraso en el reflejo deglutorio.</li> <li>• Menor movimiento posterior de lengua.</li> </ul>
Flexión cervical posterior	Hiperextensión cervical	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Horizontaliza epiglotis.</li> <li>• Mejora drenaje faríngeo y velocidad de tránsito oral.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mal sello labial y nasofaríngeo.</li> <li>• Menor movimiento posterior de la lengua (p.ej.: glosectomías).</li> </ul>
Rotación cefálica	Se lleva la cabeza hacia el lado enfermo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dirige la comida al lado sano durante la deglución.</li> <li>• Aumenta la eficacia del tránsito faríngeo.</li> <li>• Facilita apertura del esfínter esofágico superior.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alteración motora unilateral (faríngea/laríngea).</li> <li>• Mal cierre de glotis.</li> </ul>
Decúbito lateral y/o supino	Deglución con el paciente en decúbito lateral y/o supino	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Potencia efecto de la gravedad sobre el bolo.</li> <li>• Protege de la aspiración del residuo hipofaríngeo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento del residuo hipofaríngeo.</li> <li>• Poca contracción faríngea.</li> </ul>

Figura 4. Estrategias posturales. (Muñoz et al., 2019).

- Rehabilitación deglutoria.

Además de las estrategias posturales, modificaciones dietéticas e higiene bucal existe un entrenamiento de fuerza muy útil para fortalecer la musculatura responsable de la deglución, a través de ejercicios de entrenamiento con la ayuda de un dispositivo de ejercicio de entrenamiento de fuerza para tragar, que permite sobrecargar los músculos de la deglución proporcionando resistencia en el complejo hialaríngeo. (Agrawal et al., 2018). Este dispositivo consta de un manómetro que mide la presión ejercida por la bolsa hinchable a través de una perilla conectada con un catéter de goma. (Agrawal et al., 2018). En la Figura 3 aparece el dispositivo utilizado para el fortalecimiento de los músculos deglutorios como terapia de rehabilitación deglutoria.



*Figura 5. Dispositivo de ejercicio de entrenamiento de fuerza para tragar. (Agrawal et al., 2018)*

- Modificaciones en la medicación administrada vía oral.

El personal de enfermería en ocasiones presenta muchas dudas a la hora de adaptar la medicación en pacientes con disfagia orofaríngea. (Muñoz et al., 2019). Hay que buscar las presentaciones farmacéuticas que tengan menor riesgo a la hora de tragar, por lo tanto, hay que evitar comprimidos duros o que sean resbaladizos, además de las suspensiones líquidas. (Cortés, 2020).

Todos los comprimidos salvo los que presenten cubierta entérica o sublinguales, se pueden triturar hasta obtener un polvo fino, seguidamente debe de mezclarse con 10-15 ml de agua con espesante. (Cortés, 2020). Las pastillas de liberación retardada, grageas y sublinguales no pueden adaptarse debido a que se rompería el mecanismo de acción de estas. Hay que evitar mezclarlos con alimentos debido a su mal sabor y además evitaremos así las texturas mixtas. (Cortés, 2020).

En la tabla 4 se expone de forma resumida los artículos utilizados en este apartado.



Tabla 4 Resumen de los artículos incluidos en el apartado 3.4.

<b>AUTORES Y AÑO</b>	<b>DISEÑO (tamaño muestral)</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>RESULTADOS Y LIMITACIONES</b>
(Martin–Martinez et al., 2021).	Estudio observacional prospectivo. 205 pacientes.	Evaluar prevalencia, factores de riesgo y resultados clínicos de la disfagia orofaríngea en pacientes con covid 19.	El 44% de los pacientes presentaron una alteración en la seguridad de la deglución. Estancia hospitalaria alargada a consecuencia de complicaciones secundarias
(Hadde et al., 2021).	Revisión bibliográfica.	Identificar seguridad eficacia de los espesantes a base de goma xantana líquida y polvo.	Mejoran la seguridad de la deglución y reducen broncoaspiraciones. Mejor textura, mayor cohesión.
(Aoyagi et al., 2021).	Ensayo clínico. 206 participantes.	Analizar cómo influye la salud bucal en la disfagia.	La salud bucal podría ser importante para que los pacientes con acv recuperen la ingestión oral en cuidados intensivos.
(Muñoz et al., 2019).	Guía de práctica clínica.	Describir lo aspectos más importantes de la disfagia.	Recogida de toda la evidencia disponible sobre la disfagia orofaríngea.
(Chen et al., 2019).	Ensayo clínico controlado aleatorizado. 66 pacientes con acv (23 mujeres y 43 hombres).	Evaluar el efecto de un programa de salud oral, antes de la terapia de deglución.	Los programas de salud bucal durante la rehabilitación de la disfagia mejoran la ingesta oral.
(Bolivar-Prados et al., 2019).	Ensayo clínico controlado aleatorizado 120 pacientes con disfagia orofaríngea.	Evaluar efecto terapéutico del espesante a base de goma xantana.	El 41,2 % de los pacientes tuvieron una deglución segura en líquido diluido, La prevalencia de pacientes con aspiración de líquido diluido disminuyó en todas las viscosidades.
(Bath et al., 2018).	Revisión	Evaluar efectos del	Terapias de

	sistemática.	tratamiento de la deglución en los supervivientes de un ictus dentro de los 6 meses siguientes del ictus.	deglución individuales redujeron la duración de la estancia hospitalaria y las complicaciones asociadas.
(Agrawal et al., 2018).	Ensayo clínico. 38 voluntarios sin antecedentes de disfagia.	Determinar el efecto de un nuevo programa de ejercicios de fuerza, en la fase faríngea de la deglución.	El ejercicio de resistencia demostró presentar beneficios en la rehabilitación de la deglución.
(Ballesteros Pomar & Amez, 2017).	Revisión bibliográfica.	Describir técnicas para la evaluación de la disfagia orofaríngea, analizar el tiempo de realización de la evaluación y revisar el abordaje terapéutico.	Además de procedimientos diagnósticos hay que sumarle estrategias posturales que permiten realizar una deglución segura.

### 3.5. Plan de cuidados para pacientes con disfagia

A continuación, se ha realizado una propuesta de plan de cuidados a través de la revisión del recurso web NNN Consult teniendo en cuenta su última actualización en 2022.

Se han seleccionado 2 diagnósticos NANDA, que a continuación se definen. Los diagnósticos completos se adjuntan en el anexo 1.

- [00103] Deterioro de la deglución.  
DEFINICIÓN: Funcionamiento anormal del mecanismo de la deglución asociado con un déficit en la estructura o función oral, faríngea o esofágica.  
Factor relacionado: Adultos mayores, lesiones cerebrales.
- [00039] Riesgo de aspiración.  
DEFINICIÓN: Susceptible a la penetración de secreciones gastrointestinales, orofaríngeas, sólidos o líquidos en el árbol traqueobronquial, que puede comprometer la salud.  
Factor de riesgo: Dificultad en la deglución, limpieza ineficaz de las vías aéreas.

También se han seleccionado 3 resultados NOC, que se definen junto a algunos indicadores significativos para pacientes con disfagia. Los resultados NOC completos se desarrollan en el anexo 2.

- [1013] Estado de deglución: fase faríngea.  
DEFINICIÓN: Tránsito seguro de líquidos y/o sólidos desde la boca hacia el esófago.
  - [101302] Cambios en la calidad de la voz.
  - [101303] Atragantamiento, tos o náuseas.
  - [101315] Aspiraciones.
- [1010] Estado de deglución.  
DEFINICIÓN: Tránsito seguro de líquidos y/o sólidos desde la boca hacia el estómago.
  - [1011001] Mantiene la comida en la boca.
  - [1011004] Capacidad de masticación.
  - [101010] Momento del reflejo de deglución.
- [0913] Estado neurológico: función sensitiva/motora de pares craneales.
  - [91308] Deglución.
  - [91310] Movimiento lingual.
  - [91304] Gusto.

Por último, se han seleccionado 2 intervenciones NIC, junto con algunas de sus actividades significativas para pacientes con disfagia. Las intervenciones NIC completas se desarrollan en el anexo 3.

- [3200] Precauciones para evitar la aspiración.  
DEFINICIÓN: Prevención o disminución al mínimo de los factores de riesgo en el paciente con riesgo de aspiración.
  - Vigilar el nivel de consciencia, reflejo tusígeno, reflejo nauseoso y capacidad deglutoria.
  - Colocación erguida a más de 30° (alimentación por SNG) a 90°, o lo más incorporado posible.
  - Mantener el equipo de aspiración disponible.
- [1860] Terapia de deglución.
  - Determinar la capacidad del paciente para centrar su atención en el aprendizaje/realización de las tareas de ingesta y deglución.

- Evitar el uso de pajitas para beber.
- Observar si hay signos y síntomas de aspiración.

### *3.6. Recursos informativos disponibles para pacientes y familiares sobre disfagia*

Se han revisado distintos portales webs que pueden ser útiles para orientar a pacientes, a sus familias y a profesionales de la salud acerca de la disfagia orofaríngea. Dichos portales son los siguientes:

- Sociedad española de médicos de atención primaria (SEMERGEN). Mediante esta entidad pública se ha desarrollado un portal web en el que destaca el área denominada Pacientes SEMERGEN, en el cual los usuarios pueden buscar información y formación útil, actualizada y contrastada de multitud de patologías y temas de actualidad.
- Herramienta NNN Consult. Consiste en una herramienta útil para llevar a cabo planes de cuidados utilizando un lenguaje estandarizado de los diagnósticos, resultados e intervenciones enfermeras a través de las taxonomías NANDA, NIC Y NOC. El cual ha permitido llevar a cabo un plan de cuidados sobre el paciente con disfagia orofaríngea.
- Nestle Health Science. Creado por la entidad privada especializada en nutrición y alimentación, denominada Nestle. A través de su portal web se tiene acceso a un amplio abanico de recursos en el que destaca una amplia información en un espacio denominado vivir con disfagia, ahí aparece de forma muy dinámica e ilustrativa información, recursos y consejos para familiares y pacientes acerca de este tema.
- Medline plus. Es un recurso web de carácter oficial del gobierno los Estado Unidos. Diseñada para pacientes y familiares, aquí pueden encontrar información muy relevante sobre la disfagia orofaríngea y otros temas de salud, en un lenguaje de fácil comprensión y de forma gratuita.

## **4. CONCLUSIÓN**

A nivel de complicaciones, según Kkim (2019) la más importante ocasionada por la disfagia orofaríngea es sin duda alguna la neumonía provocada por la broncoaspiración de alimentos, otros autores como Jones (2020) coinciden con la misma afirmación. Esto es debido a la alta prevalencia de la afección, provocada en muchas ocasiones de forma silente. Podemos destacar en ancianos y personas con un mayor grado de dependencia el

riesgo de deshidratación y desnutrición ocasionado por la dificultad de deglutir, a la que se le suma las inseguridades, el miedo que en ocasiones la propia sociedad provoca en estos tipos de pacientes. Es por esto por lo que autores como Vargas (2018) hablan del gran impacto psicológico que produce la disfagia orofaríngea, sobre todo en las primeras etapas de diagnóstico y cuando ésta no desaparece con la rehabilitación y tratamientos.

Para detectar la disfagia contamos con varios métodos y test. Los métodos que más se utilizan son el test del agua y el test volumen viscosidad, ambos procedimientos son utilizados comúnmente en hospitalización, concretamente en unidades post ictus. En artículos como el publicado por Ballesteros Pomar & Amez (2017) o el publicado por Teuschl (2018) hablan de como el uso de estas técnicas realizadas por enfermería permiten una prevención de complicaciones y una adaptación de la alimentación del paciente. Hay que destacar que este tipo de pruebas no se suelen realizar en otros ámbitos tanto internos del hospital, ajenos a los pacientes post ictus o en residencias y/o ámbito familiar. En el artículo enfocado en la disfagia en el Alzheimer de Gonzales & Recio (2016) o en el artículo enfocado en el manejo de la disfagia en pacientes con Parkinson publicado por Unemoto & Furuya (2020) mencionan sutilmente estos procedimientos, pero no hablan de su aplicación en la práctica clínica del día a día en este tipo de pacientes, sino más bien en la adaptación de los alimentos por la propia tolerancia de estos por parte del paciente.

Respecto al tipo de personas que sufren este problema, según Muñoz (2019) los pacientes que más sufren de esta afección son sin duda alguna los adultos mayores debido a cambios fisiológicos propios de la edad y a las distintas afecciones de base que padezcan. Las enfermedades con mayor prevalencia de disfagia orofaríngea son las neurológicas. Un dato para destacar publicado por Unemoto & Furuya (2020) y mencionado también por Bath (2018) es que en pacientes post ictus la disfagia en muchas ocasiones remite a través de la rehabilitación, pero en cambio en el envejecimiento o en enfermedades neurodegenerativas como el párkinson, la esclerosis lateral amiotrófica, la disfagia avanza a la vez que progresa la enfermedad, siendo una vez más la neumonía ocasionada por la broncoaspiración una de las principales causas de muerte. Para abordarla disponemos de diferentes estrategias y cuidados, publicaciones recientes como la de Martin (2021) y Hadde (2021) llegan a la misma conclusión de la importancia que tiene el adaptar los alimentos al tipo y grado de

disfagia del paciente y los beneficios que esto supone en la nutrición e hidratación de este. Otro dato que destacar y olvidado por las entidades públicas y privadas de la sanidad es la higiene bucal, como comentan Chen (2019) y Aoyagi (2021) en sus artículos sobre la higiene bucal y el papel que realizan en la prevención de complicaciones asociadas a la disfagia orofaríngea.

El recurso por excelencia más utilizado para la adaptación de los alimentos líquidos son los agentes espesantes que se encuentran en preparados líquidos y en polvo. Bolívar (2019) habla de los innovadores espesantes a base de goma de xantana cuya utilización no repercute en el sabor del alimento. La dieta triturada tipo túrmix es la más utilizada cuando el paciente tolera vía oral, pero esto no siempre supone que no exista riesgo de aspiración, como indica Ballesteros & Amez (2017) debido en muchas ocasiones por falta de información y formación del personal sanitario, paciente y familiares, ya que a día de hoy se siguen utilizando pajitas y/o jeringas sin controlar el volumen que ingieren y el residuo bucal que pueda generar.

En la rehabilitación deglutoria hay que destacar las estrategias posturales que permiten un aumento en la seguridad del paciente a la hora de deglutir. Hay que señalar la innovadora técnica mencionada por Agrawal (2018), con la que se pretende un fortalecimiento de los músculos deglutorios a través de entrenamiento de fuerza para tragar.

Finalmente, cada vez más existen mejores recursos informáticos desarrollados por entidades privadas que a pesar del interés económico, fomentan e invierten en promocionar la salud e informar de una manera rápida y sencilla a los pacientes y familiares, además de a los profesionales de la salud.

En base a lo comentado anteriormente, este trabajo de fin de grado ha puesto de manifiesto varias limitaciones con el tema objeto de estudio y tras el análisis de la bibliografía existente de la temática expuesta se puede apreciar que existen pocos estudios que apliquen las técnicas de valoración de la disfagia orofaríngea en pacientes que no sean de etiología cerebrovascular. No se han hallado estudios que hablen de la importancia de la adaptación de la medicación por parte de enfermería para evitar las texturas mixtas y poder llevar a cabo una administración segura para el paciente con disfagia orofaríngea. Solo se ha mencionado en algunas guías de práctica clínicas publicadas por SEMERGEN.

Además de la ausencia de estudios en los que se evalué el coste sanitario en España que produce la disfagia orofaríngea tanto a nivel hospitalario como domiciliario, por el impacto en la salud que supone y por el elevado coste que produce las complicaciones asociadas a la misma.

Esto lleva a proponer varias líneas de investigación necesarias y pertinentes para mejorar la atención a las personas que presentan disfagia orofaríngea. Se necesitan estudios a nivel nacional que apliquen variables económicas en lo que globalmente abarca la disfagia orofaríngea tanto a nivel hospitalario como comunitario. Además, es necesario mejorar la formación reglada, formación a pacientes y a familiares sobre la disfagia orofaríngea además del personal sanitario, que debería de estar actualizado en esta problemática que repercute. Especialmente en aquellos cuidados que se han mostrado efectivos.

Por último, es necesario investigar sobre la aplicación de las distintas pruebas que se realizan a pie de cama para la valoración y diagnóstico de la disfagia orofaríngea en otros ámbitos como residencias de mayores, en ámbito domiciliario etc.

A nivel de enfermería, también se precisa mayor investigación en la utilización y aplicación de planes de cuidados específicos que incorporen la evidencia disponible sobre el tema, la realización de planes de cuidados más efectivos, medibles y basado en la mejor evidencia científica disponible.

Tras finalizar esta revisión bibliográfica se ha podido dar respuesta a la pregunta de investigación planteada y cubierto los objetivos propuestos, además se ha puesto en evidencia la necesidad de estudiar más esta problemática en los distintos ámbitos que nos compete a la enfermería. Es fundamental la aplicación de cuidados basados en la evidencia y el desarrollo de las distintas técnicas y conocimientos enfermeros para dar respuesta y apoyo a las personas que padecen de disfagia orofaríngea.

En definitiva, es sin duda alguna la enfermería el pilar clave y el máximo referente en los cuidados holísticos aplicados en la disfagia orofaríngea, debido a que a través de su labor se consiguen mejoras en la salud de los individuos que padecen dicha afección.

## 5. REFERENCIAS BIOGRÁFICAS

- Agrawal, D., Kern, M., Edeani, F., Balasubramanian, G., Hyngstrom, A., Sanvanson, P., & Shaker, R. (2018). Swallow strength training exercise for elderly: A health maintenance need. *Neurogastroenterology and Motility*, 30(10). <https://doi.org/10.1111/NMO.13382>
- Aoyagi, M., Furuya, J., Matsubara, C., Yoshimi, K., Nakane, A., Nakagawa, K., Inaji, M., Sato, Y., Tohara, H., Minakuchi, S., & Maehara, T. (2021). Association between improvement of oral health, swallowing function, and nutritional intake method in acute stroke patients. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(21). <https://doi.org/10.3390/IJERPH182111379>
- Ballesteros Pomar, M. D., & Amez, L. P. (2017). ¿Y después del ictus, qué hacemos para nutrirle? *Nutricion Hospitalaria*, 34, 46–56. <https://doi.org/10.20960/NH.1239>
- Bath, P. M., Lee, H. S., & Everton, L. F. (2018). Swallowing therapy for dysphagia in acute and subacute stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018(10). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000323.PUB3>
- Bolivar-Prados, M., Rofes, L., Arreola, V., Guida, S., Nascimento, W. V., Martin, A., Vilardell, N., Ortega Fernández, O., Ripken, D., Lansink, M., & Clavé, P. (2019). Effect of a gum-based thickener on the safety of swallowing in patients with poststroke oropharyngeal dysphagia. *Neurogastroenterology and Motility*, 31(11). <https://doi.org/10.1111/NMO.13695>
- Chen, H. J., Chen, J. L., Chen, C. Y., Lee, M., Chang, W. H., & Huang, T. T. (2019). Effect of an oral health programme on oral health, oral intake, and nutrition in patients with stroke and dysphagia in taiwan: A randomised controlled trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(12). <https://doi.org/10.3390/IJERPH16122228>
- Cortés, A. C. (2020). Disfagia. Guía de identificación, diagnóstico, tratamiento nutricional y adaptación de la textura de los alimentos | Enhanced Reader. CADIS HUESCA. Coordinadora de Asociaciones de Personas Con Discapacidad de Huesca. [https://aspacehuesca.org/wp-content/uploads/Guía-Disfagia-CADIS-Huesca\\_web.pdf](https://aspacehuesca.org/wp-content/uploads/Guía-Disfagia-CADIS-Huesca_web.pdf)



- González, M. B., & Recio, G. M. (2016). Abordaje de la disfagia en enfermos de alzhéimer. *Nutricion Hospitalaria*, 33(3), 739–748. <https://doi.org/10.20960/NH.286>
- Hadde, E. K., Mossel, B., Chen, J., & Prakash, S. (2021). The safety and efficacy of xanthan gum-based thickeners and their effect in modifying bolus rheology in the therapeutic medical management of dysphagia. *Food Hydrocolloids for Health*, 1, 100038. <https://doi.org/10.1016/J.FHFH.2021.100038>
- Jones, C. A., Colletti, C. M., & Ding, M. C. (2020). Post-stroke Dysphagia: Recent Insights and Unanswered Questions. *Current Neurology and Neuroscience Reports*, 20(12). <https://doi.org/10.1007/S11910-020-01081-Z>
- Kim, Y. K., Cha, J. H., & Lee, K. Y. (2019). Comparison of dysphagia between infratentorial and supratentorial stroke patients. *Annals of Rehabilitation Medicine*, 43(2), 149–155. <https://doi.org/10.5535/ARM.2019.43.2.149>
- Martin–Martinez, A., Ortega, O., Viñas, P., Arreola, V., Nascimento, W., Costa, A., Riera, S. A., Alarcón, C., & Clavé, P. (2021). COVID-19 is associated with oropharyngeal dysphagia and malnutrition in hospitalized patients during the spring 2020 wave of the pandemic. *Clinical Nutrition (Edinburgh, Scotland)*. <https://doi.org/10.1016/J.CLNU.2021.06.010>
- Muñoz, S., Rodríguez, R., & Belinchón, M. (2019). Guía de disfagia. Manejo de la disfagia en AP. *Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria*, 18636–2019. <https://www.semergen.es/files/docs/grupos/digestivo/manejo-disfagia-ap.pdf>
- Ogawa, M., Satomi-Kobayashi, S., Yoshida, N., Komaki, K., Izawa, K. P., Hamaguchi, M., Inoue, T., Sakai, Y., Hirata, K., & Okada, K. (2022). Impact of Frailty on Postoperative Dysphagia in Patients Undergoing Elective Cardiovascular Surgery. *JACC: Asia*, 2(1), 104–113. <https://doi.org/10.1016/J.JACASI.2021.10.011>
- Patel, D. A., Krishnaswami, S., Steger, E., Conover, E., Vaezi, M. F., Ciucci, M. R., & Francis, D. O. (2018). Economic and survival burden of dysphagia among inpatients in the United States. *Diseases of the Esophagus*, 31(1). <https://doi.org/10.1093/DOTE/DOX131>
- Teuschl, Y., Trapl, M., Ratajczak, P., Matz, K., Dachenhausen, A., & Brainin, M. (2018). Systematic dysphagia screening and dietary modifications to reduce stroke-

associated pneumonia rates in a stroke-unit. *PLoS ONE*, 13(2).  
<https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0192142>

Umemoto, G., & Furuya, H. (2020). Management of dysphagia in patients with Parkinson's disease and related disorders. *Internal Medicine*, 59(1), 7–14.  
<https://doi.org/10.2169/INTERNALMEDICINE.2373-18>

Vargas, M. (2018). Repercusiones sociales de la disfagia. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 38(2), 77–83. <https://doi.org/10.1016/J.RLFA.2017.10.003>

SEMERGEN | Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria. (s. f.). Semergen.  
Recuperado 22 de marzo de 2022, de <https://semergen.es/>

Herramienta online para la consulta y diseño de Planes de Cuidados de Enfermería.  
[Internet]. NNNConsult. Elsevier; 2015 [cited 2022Marz22]. Available from:  
<http://www.nnnconsult.com/>

Vida Saludable y Nutrición | Nestlé Health Science. (s. f.). Nestle Health Science.  
Recuperado 22 de marzo de 2022, de <https://www.nestlehealthscience.es/>

MedlinePlus en español: Conozca más sobre MedlinePlus. (s. f.). Medline plus. NIH.  
Biblioteca Nacional de Medicina. Recuperado 22 de marzo de 2022, de  
<https://medlineplus.gov/spanish/acercade/general/acercademedlineplus/>

## 6. ANEXOS

*Anexo 1.*

### **NANDA [00103] Deterioro de la deglución**

CÓDIGO: 00103

EDICIÓN: Aprobado: 1986 Revisado 1998, 2017, 2020 Nivel de evidencia: 3.2

DEFINICIÓN: Funcionamiento anormal del mecanismo de la deglución asociado con un déficit en la estructura o función oral, faríngea o esofágica.

FOCO DIAGNÓSTICO: deglución

DOMINIO: 2 Nutrición CLASE: 1 Ingestión

#### **CARACTERÍSTICAS Y FACTORES**

##### **Primera etapa: oral**

Fase oral anormal en un estudio de deglución	Característica definitoria
Bruxismo	Característica definitoria
Atragantamiento previo a la deglución	Característica definitoria
Atragantamiento a la deglución de agua fría	Característica definitoria
Tos previa a la deglución	Característica definitoria
Babeo	Característica definitoria
Los alimentos se caen de la boca	Característica definitoria
Los alimentos son expulsados de la boca	Característica definitoria
Náuseas previas a la deglución	Característica definitoria
Deterioro de la habilidad para vaciar la cavidad oral	Característica definitoria
Consumo inadecuado durante un tiempo prolongado de comida	Característica definitoria
Cierre incompleto de los labios	Característica definitoria
Masticación inadecuada	Característica definitoria

Incidencia de ronquera húmeda dos veces en 30 segundos	Característica definitoria
Enganche al pezón ineficaz	Característica definitoria
Succión ineficaz	Característica definitoria
Reflujo nasal	Característica definitoria
Deglución fraccionada	Característica definitoria
Estancamiento del bolo en los surcos laterales	Característica definitoria
Entrada prematura del bolo	Característica definitoria
Duración prolongada en la formación del bolo	Característica definitoria
Ineficacia de la acción de la lengua para formar el bolo	Característica definitoria
<b>Segunda etapa: faríngea</b>	
Fase faríngea anormal en un estudio de deglución	Característica definitoria
Alteración en la posición de la cabeza	Característica definitoria
Atragantamiento	Característica definitoria
Tos	Característica definitoria
Retraso en la deglución	Característica definitoria
Fiebre de etiología desconocida	Característica definitoria
Rechazo a los alimentos	Característica definitoria
Sensación de náuseas	Característica definitoria
Calidad de voz gorjeante	Característica definitoria
Elevación de la laringe inadecuada	Característica definitoria

Reflujo nasal	Característica definitoria
Infección pulmonar recurrente	Característica definitoria
Degluciones repetitivas	Característica definitoria
<b>Tercera etapa: esofágica</b>	
Fase esofágica anormal en un estudio de deglución	Característica definitoria
Aliento con olor ácido	Característica definitoria
Dificultad en la deglución	Característica definitoria
Epigastralgia	Característica definitoria
Rechazo a los alimentos	Característica definitoria
Ardor de estómago	Característica definitoria
Hematemesis	Característica definitoria
Hiperextensión de la cabeza	Característica definitoria
Despertar nocturno	Característica definitoria
Tos nocturna	Característica definitoria
Odinofagia	Característica definitoria
Regurgitación	Característica definitoria
Degluciones repetitivas	Característica definitoria
Expresa “tener algo atascado”	Característica definitoria
Irritabilidad inexplicable en las horas cercanas a las comidas	Característica definitoria
Limitación de volumen	Característica definitoria

Vómitos	Característica definitoria
Vómitos en la almohada	Característica definitoria
Alteración de la atención	Factor Relacionado
Problemas de conducta en la alimentación	Factor Relacionado
Malnutrición en relación a las proteínas y la energía	Factor Relacionado
Conducta autolesiva	Factor Relacionado
Personas con antecedentes de nutrición enteral	Población en riesgo
Adultos mayores	Población en riesgo
Lactantes prematuros	Población en riesgo
Defectos anatómicos adquiridos	Condición asociada
Lesiones cerebrales	Condición asociada
Parálisis cerebral	Condición asociada
Problemas con hipotonía importante	Condición asociada
Enfermedad cardíaca congénita	Condición asociada
Compromiso del par craneal	Condición asociada
Discapacidades del desarrollo	Condición asociada
Acalasia esofágica	Condición asociada
Reflujo gastroesofágico	Condición asociada
Enfermedades de la laringe	Condición asociada
Obstrucción mecánica	Condición asociada

Defectos nasales	Condición asociada
Defectos de la cavidad nasofaríngea	Condición asociada
Problemas neurológicos	Condición asociada
Enfermedades neuromusculares	Condición asociada
Anomalía de la cavidad orofaríngea	Condición asociada
Preparaciones farmacológicas	Condición asociada
Intubación prolongada	Condición asociada
Trastornos respiratorios	Condición asociada
Defecto traqueal	Condición asociada
Traumatismo	Condición asociada
Anomalía de la vía aérea superior	Condición asociada
Disfunción de las cuerdas vocales	Condición asociada

### **NANDA [00039] Riesgo de aspiración**

CÓDIGO: 00039

EDICIÓN: Aprobado: 1988 Revisado 2013, 2017, 2020 Nivel de evidencia: 3.2

DEFINICIÓN: Susceptible a la penetración de secreciones gastrointestinales, orofaríngeas, sólidos o líquidos en el árbol traqueobronquial, que puede comprometer la salud.

FOCO DIAGNÓSTICO: aspiración

DOMINIO: 11 Seguridad/Protección

CLASE: 2 Lesión física

#### **CARACTERÍSTICAS Y FACTORES**

Barreras para la elevación de la parte superior del cuerpo	Factor de Riesgo
Disminución de la motilidad gastrointestinal	Factor de Riesgo

Dificultad en la deglución	Factor de Riesgo
Desplazamiento de la sonda de nutrición enteral	Factor de Riesgo
Conocimiento insuficiente de los factores modificables	Factor de Riesgo
Aumento del residuo gástrico	Factor de Riesgo
Limpieza ineficaz de las vías aéreas	Factor de Riesgo
Adultos mayores	Población en riesgo
Lactantes prematuros	Población en riesgo
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	Condición asociada
Afección grave	Condición asociada
Disminución del nivel de consciencia	Condición asociada
Retraso en el vaciado gástrico	Condición asociada
Disminución del reflejo nauseoso	Condición asociada
Nutrición enteral	Condición asociada
Cirugía facial	Condición asociada
Traumatismo facial	Condición asociada
Neoplasias de cabeza y cuello	Condición asociada
Incompetencia del esfínter esofágico inferior	Condición asociada
Aumento de la presión intragástrica	Condición asociada
Técnicas de fijación de la mandíbula	Condición asociada
Dispositivos médicos	Condición asociada



Cirugía del cuello	Condición asociada
Traumatismo del cuello	Condición asociada
Enfermedades neurológicas	Condición asociada
Procedimiento quirúrgico oral	Condición asociada
Traumatismo oral	Condición asociada
Preparaciones farmacológicas	Condición asociada
Neumonía	Condición asociada
Accidente cerebrovascular	Condición asociada
Régimen terapéutico	Condición asociada

*Anexo 2.*

### **NOC [1010] Estado de deglución**

CÓDIGO: 1010

EDICIÓN: 2.<sup>a</sup> edición 2000; revisado 2004, 2018

DEFINICIÓN: Tránsito seguro de líquidos y/o sólidos desde la boca hacia el estómago.

DOMINIO: 2 Salud fisiológica CLASE: K Digestión y Nutrición

#### **INDICADORES**

[101001] Mantiene la comida en la boca	ESCALA 01 Grado de deterioro de la salud o el bienestar
[101002] Controla las secreciones orales	ESCALA 01 Grado de deterioro de la salud o el bienestar
[101003] Producción de saliva	ESCALA 01 Grado de deterioro de la salud o el bienestar
[101004] Capacidad de masticación	ESCALA 01 Grado de deterioro de la salud o el bienestar

[101005] Distribución del bolo alimentario a la hipofaringe en concordancia con el reflejo de deglución	ESCALA 01 Grado de deterioro de la salud o el bienestar
[101006] Capacidad para limpiar la cavidad oral	ESCALA 01 Grado de deterioro de la salud o el bienestar
[101007] Momento de formación del bolo	ESCALA 01 Grado de deterioro de la salud o el bienestar
[101008] Número de degluciones apropiadas para el tamaño/textura del bolo	ESCALA 01 Grado de deterioro de la salud o el bienestar
[101009] Duración de la comida con respecto a la cantidad consumida	ESCALA 01 Grado de deterioro de la salud o el bienestar
[101010] Momento del reflejo de deglución	ESCALA 01 Grado de deterioro de la salud o el bienestar
[101011] Cambios en la calidad de la voz	ESCALA 14 Grado de un estado o respuesta negativo o adverso
[101012] Atragantamiento, tos o náuseas	ESCALA 14 Grado de un estado o respuesta negativo o adverso
[101013] Esfuerzo deglutorio aumentado	ESCALA 14 Grado de un estado o respuesta negativo o adverso
[101014] Reflujo gástrico	ESCALA 14 Grado de un estado o respuesta negativo o adverso
[101015] Mantiene la cabeza relajada y el tronco erecto	ESCALA 14 Grado de un estado o respuesta negativo o adverso
[101016] Acepta la comida	ESCALA 14 Grado de un estado o respuesta negativo o adverso

[101017] Incomodidad con la deglución	ESCALA 14 Grado de un estado o respuesta negativo o adverso
[101018] Estudio de la deglución	ESCALA 14 Grado de un estado o respuesta negativo o adverso
[101020] Tos	ESCALA 14 Grado de un estado o respuesta negativo o adverso
[101021] Mordaza	ESCALA 14 Grado de un estado o respuesta negativo o adverso

**NOC [1013] Estado de deglución: fase faríngea**

CÓDIGO: 1013

EDICIÓN: 2.<sup>a</sup> edición 2000; revisado 2004; actualizado 2018

DEFINICIÓN: Tránsito seguro de líquidos y/o sólidos desde la boca hacia el esófago.

DOMINIO: 2 Salud fisiológica CLASE: K Digestión y Nutrición

**INDICADORES**

[101301] Momento del reflejo de deglución	ESCALA 01 Grado de deterioro de la salud o el bienestar
[101302] Cambios en la calidad de la voz	ESCALA 14 Grado de un estado o respuesta negativo o adverso
[101303] Atragantamiento, tos o náuseas	ESCALA 14 Grado de un estado o respuesta negativo o adverso
[101304] Número de degluciones apropiadas para la textura/tamaño del bolo	ESCALA 01 Grado de deterioro de la salud o el bienestar
[101305] Mantiene una posición neutra de la cabeza	ESCALA 01 Grado de deterioro de la salud o el bienestar
[101306] Esfuerzo deglutorio aumentado	ESCALA 14 Grado de un estado o respuesta negativo o adverso
[101307] Elevación laríngea	ESCALA 01 Grado de deterioro de la salud o el bienestar

[101310] Reflujo nasal	ESCALA 14 Grado de un estado o respuesta negativo o adverso
[101311] Aceptación de la comida	ESCALA 01 Grado de deterioro de la salud o el bienestar
[101312] Hallazgos del estudio de la fase faríngea	ESCALA 01 Grado de deterioro de la salud o el bienestar
[101314] Tos	ESCALA 14 Grado de un estado o respuesta negativo o adverso
[101315] Mordaza	ESCALA 14 Grado de un estado o respuesta negativo o adverso
[101316] Aspiraciones	ESCALA 14 Grado de un estado o respuesta negativo o adverso

**NOC [0913] Estado neurológico: función sensitiva/motora de pares craneales**

CÓDIGO: 0913

EDICIÓN: 1.<sup>a</sup> edición 1997; revisado 2004; actualizado 2018

DEFINICIÓN: Capacidad de los nervios craneales para transmitir impulsos sensitivos y motores.

DOMINIO: 2 Salud fisiológica CLASE: J Neurocognitiva

**INDICADORES**

[91301] Olfato	ESCALA 01 Grado de deterioro de la salud o el bienestar
[91302] Vista	ESCALA 01 Grado de deterioro de la salud o el bienestar
[91303] Reflejos oculares	ESCALA 01 Grado de deterioro de la salud o el bienestar
[91304] Gusto	ESCALA 01 Grado de deterioro de la salud o el bienestar

[91305] Audición	ESCALA 01 Grado de deterioro de la salud o el bienestar
[91306] Sensibilidad facial	ESCALA 01 Grado de deterioro de la salud o el bienestar
[91307] Movimiento muscular facial	ESCALA 01 Grado de deterioro de la salud o el bienestar
[91308] Deglución	ESCALA 01 Grado de deterioro de la salud o el bienestar
[91309] Reflejo nauseoso	ESCALA 01 Grado de deterioro de la salud o el bienestar
[91310] Movimiento lingual	ESCALA 01 Grado de deterioro de la salud o el bienestar
[91312] Movimiento de cabeza y hombro	ESCALA 01 Grado de deterioro de la salud o el bienestar
[91314] Vértigo	ESCALA 14 Grado de un estado o respuesta negativo o adverso
[91315] Movimiento de pronación	ESCALA 14 Grado de un estado o respuesta negativo o adverso
[91317] Habla	ESCALA 01 Grado de deterioro de la salud o el bienestar
[91318] Simetría facial	ESCALA 01 Grado de deterioro de la salud o el bienestar
[91319] Estiramiento bilateral de músculos	ESCALA 01 Grado de deterioro de la salud o el bienestar
[91320] Movimiento voluntario de los hombros	ESCALA 01 Grado de deterioro de la

	salud o el bienestar
[91321] Movimiento involuntario de la cabeza	ESCALA 14 Grado de un estado o respuesta negativo o adverso
[91322] Movimiento involuntario facial	ESCALA 14 Grado de un estado o respuesta negativo o adverso
[91323] Tics	ESCALA 14 Grado de un estado o respuesta negativo o adverso
[91324] Ronquera	ESCALA 14 Grado de un estado o respuesta negativo o adverso
[91325] Tono nasal de la voz	ESCALA 14 Grado de un estado o respuesta negativo o adverso
[91326] Parálisis facial unilateral	ESCALA 14 Grado de un estado o respuesta negativo o adverso

*Anexo 3.*

### **NIC [3200] Precauciones para evitar la aspiración**

CÓDIGO: 3200

EDICIÓN: 1.<sup>a</sup> edición 1992; revisada en 2013

DEFINICIÓN: Prevención o disminución al mínimo de los factores de riesgo en el paciente con riesgo de aspiración.

DOMINIO: 2 Fisiológico: Complejo

CLASE: K Control respiratorio

#### **ACTIVIDADES**

Vigilar el nivel de consciencia, reflejo tusígeno, reflejo nauseoso y capacidad deglutoria.

Evaluar la presencia de disfagia, según corresponda.

Mantener una vía aérea.

Minimizar el uso de narcóticos y sedantes.

Minimizar el uso de fármacos que retrasen el vaciado gástrico, según corresponda.

Controlar el estado pulmonar.

---

Monitorizar las necesidades de cuidados intestinales.

---

Colocación erguida a más de 30° (alimentación por SNG) a 90°, o lo más incorporado posible.

---

Mantener la cabecera de la cama elevada de 30 a 45 minutos después de la alimentación.

---

Mantener el balón del tubo endotraqueal inflado.

---

Mantener el equipo de aspiración disponible.

---

Supervisar la comida o ayudar, según corresponda.

---

Proporcionar la alimentación en pequeñas cantidades.

---

Comprobar la colocación de la SNG o de la sonda de gastrostomía antes de la alimentación.

---

Comprobar el residuo de la SNG o de la sonda de gastrostomía antes de la alimentación.

---

Evitar la alimentación si los residuos son abundantes (p. ej., más de 250 ml para las sondas de alimentación o más de 100 ml para las sondas de gastrostomía endoscópica percutánea [PEG]).

---

Administrar una alimentación continua con SNG en lugar de por gravedad o en bolo, si es apropiado.

---

Usar agentes procinéticos, según corresponda.

---

Evitar líquidos o utilizar agentes espesantes.

---

Ofrecer alimentos y líquidos que puedan formar un bolo antes de la deglución.

---

Trocear los alimentos en porciones pequeñas.

---

Usar medicación en forma de elixir.

---

Romper o desmenuzar las pastillas antes de su administración.

---

Inspeccionar la cavidad oral en busca de alimentos o fármacos retenidos.

---

---

Proporcionar cuidados orales.

---

Sugerir la consulta con foniatría o logopedia, según corresponda.

---

Sugerir la ingestión de galletas de bario o una videofluoroscopia, según corresponda.

---

### **NIC [1860] Terapia de deglución**

CÓDIGO: 1860

EDICIÓN: 1.<sup>a</sup> edición 1992; revisada en 2000

DEFINICIÓN: Facilitar la deglución y prevenir las complicaciones de las alteraciones deglutorias.

DOMINIO: 1 Fisiológico: Básico CLASE: D Apoyo nutricional

#### **ACTIVIDADES**

---

Colaborar con los miembros del equipo de cuidados (terapeuta ocupacional, logopeda y dietista) para dar continuidad al plan de rehabilitación del paciente.

---

Determinar la capacidad del paciente para centrar su atención en el aprendizaje/realización de las tareas de ingesta y deglución.

---

Retirar los factores de distracción del ambiente antes de trabajar con el paciente en la deglución.

---

Disponer intimidad para el paciente, según se desee o se indique.

---

Colocarse de forma que el paciente pueda ver y oír al cuidador.

---

Explicar el fundamento del régimen de deglución al paciente/familia.

---

Colaborar con el logopeda para enseñar a la familia del paciente el régimen de ejercicios de deglución.

---

Proporcionar/usar dispositivos de ayuda, si se precisa.

---

Evitar el uso de pajitas para beber.

---

Ayudar al paciente a sentarse en una posición erguida (lo más cerca posible de los 90°) para la alimentación/ejercicio.

---

Ayudar al paciente a colocar la cabeza flexionada hacia adelante, en preparación para la

---



---

deglución («barbilla metida»).

---

Ayudar a mantener una posición sentada durante 30 minutos después de terminar de comer.

---

Enseñar al paciente que abra y cierre la boca en preparación para la manipulación de la comida.

---

Enseñar al paciente a no hablar mientras come, según corresponda.

---

Guiar al paciente en la fonación de «ah» para favorecer la elevación del paladar blando, si corresponde.

---

Proporcionar un chupa-chups al paciente para que succione y así aumentar la fuerza de la lengua, si procede.

---

Ayudar al paciente hemipléjico a sentarse con el brazo afectado hacia adelante sobre la mesa.

---

Ayudar al paciente a colocar la comida en la parte posterior de la boca y en el lado no afectado.

---

Observar si hay signos y síntomas de aspiración.

---

Vigilar los movimientos de la lengua del paciente mientras come.

---

Observar el sellado de los labios al comer, beber y deglutir.

---

Controlar si hay signos de fatiga al comer, beber y deglutir.

---

Proporcionar un período de descanso antes de comer/hacer ejercicio para evitar una fatiga excesiva.

---

Comprobar la boca para ver si hay restos de comida después de comer.

---

Enseñar al paciente a alcanzar partículas de comida en los labios o la barbilla con la lengua.

---

Ayudar al paciente a quitarse las partículas de comida de los labios y de la barbilla cuando no se puedan alcanzar con la lengua extendida.

---

Enseñar a la familia/cuidador a cambiar de posición, alimentar y vigilar al paciente.

---

---

Enseñar a la familia/cuidador las necesidades nutricionales y las modificaciones dietéticas, en colaboración con el dietista.

---

Enseñar a la familia/cuidador las medidas de emergencia para los atragantamientos.

---

Enseñar a la familia/cuidador a comprobar si han quedado restos de comida retenidos en la boca después de comer.

---

Proporcionar instrucciones escritas, según corresponda.

---

Proporcionar un esquema de las sesiones de práctica a la familia/cuidador, según sea necesario.

---

Proporcionar/comprobar la consistencia de los alimentos/líquidos en función de los hallazgos del estudio de deglución.

---

Consultar con el terapeuta y/o médico para avanzar de forma gradual en la consistencia de la comida del paciente.

---

Ayudar a mantener la ingesta calórica y de líquidos adecuada.

---

Controlar el peso corporal.

---

Vigilar la hidratación corporal (entradas, salidas, turgencia de la piel y mucosas).

---

Proporcionar cuidados bucales, si es necesario.

---