



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL
ANCIANO CON DISFAGIA, A PROPÓSITO DE UN
CASO CLÍNICO

NURSING CARE PLAN FOR ELDERLY WITH
DYSPHAGIA, A CLINICAL CASE

Autor

Rubén García Muñío

Director

Natalia Becerril Ramírez

Facultad de Ciencias de la Salud (Zaragoza)
2016

ÍNDICE

	PÁGINA
1.1 RESUMEN.....	2
1.2 ABSTRACT.....	3
2. INTRODUCCIÓN.....	4-6
3. OBJETIVOS.....	7
4. METODOLOGÍA.....	8-9
5. DESARROLLO.....	10
5.1 VALORACIÓN.....	10
5.2 DIAGNOSTICO.....	11
5.3 PLANIFICACIÓN	12
5.4 EJECUCIÓN	16
5.5 EVALUACIÓN	17
5.6 DISCUSIÓN	18
6. CONCLUSIÓN.....	19
7. BIBLIOGRAFÍA.....	20
8. ANEXOS.....	24

1.1 RESUMEN

Introducción: La disfagia es un síntoma habitualmente infravalorado en el anciano, a pesar de su elevada prevalencia y de las notables complicaciones que pueden producirse. Por eso, resulta importante la detección precoz de dicha alteración, para poder llevar a cabo la estrategia terapéutica más adecuada y eficaz en cada paciente.

Objetivo: Ampliar el conocimiento de los cuidadores principales, sobre los distintos cuidados de enfermería en un paciente con disfagia, a través de la realización de un Plan de Cuidados de Enfermería, individualizado a un caso clínico.

Metodología: Para la resolución del caso clínico que plantea este trabajo se ha realizado una búsqueda bibliográfica en diversas bases de datos y páginas Web.

Desarrollo: Se ha llevado a cabo un Plan de Atención de Enfermería, a partir de un caso clínico real, instando a la realización de una Valoración Integral Geriátrica, por parte de los profesionales de enfermería, mediante la utilización del modelo de los Patrones Funcionales de Marjory Gordon. A continuación, se elaboraron los principales Diagnósticos de Enfermería, junto con sus correspondientes objetivos, resultados e intervenciones más adecuadas para el paciente y su familia, de acuerdo con la taxonomía NANDA-NOC-NIC.

Conclusión: Mediante el diagnóstico precoz y la aplicación de un Plan de Cuidados de Enfermería del anciano con disfagia, se consigue un aumento del nivel de salud del paciente y de su familia, además de reducir el número de complicaciones derivadas de la disfagia.

Palabras Clave: disfagia, Trastornos de Deglución, Anciano, Desnutrición, Dieta, Enfermería.

1.2 ABSTRACT

Introduction: Dysphagia is a symptom frequently underdiagnosed in the elderly, in spite of his high prevalence and his relevant complications which can be produced. For this reason, it is important the early detection of this deglutition disorder, in order to choose the most suitable and effective therapeutic strategy for each patient.

Objective: Broaden the knowledge of primary caregiver, about the different nursing care in patients with dysphagia, through carrying out of a Nursing Care Plan from a clinical case.

Methodology: In order to resolve the clinical case of this academic work, it has been carried out a bibliographical search in different databases and webpages.

Development: It was carried out a Nursing Care Plan from a clinical report, urging to realise an Integral Gerontology Assessment by nursing, through the model of Functional Patterns of Marjory Gordon. Next, it was developed the main Nursing Diagnosis, with their objectives, outcomes and interventions most suitable to the patient and his family, according to NANDA-NOC-NIC taxonomy.

Conclusion: Through the early detection and the application of a Nursing Care Plan in elderly with dysphagia, it gets an increase of the health of the patient and his family and also, the reduction of the number of complications of dysphagia.

Keys words: dysphagia, deglutition Disorders, Aged, Malnutrition, Diet, Nursing.

2. INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población es actualmente un fenómeno mundial y una de las características de la demografía española¹. La dificultad para deglutir aumenta con la edad, convirtiéndose en un grupo poblacional altamente susceptible de presentar disfagia^{2,3}. La disfagia se define como "un síntoma referido a la dificultad o incomodidad para formar o mover el bolo alimenticio desde la boca al esófago"⁴. Por tanto, comprende alteraciones sensoriales, motoras y conductuales que tienen lugar durante la deglución⁵. La disfagia puede ser estructural (congénitas o tumores), o funcional cuando existe alguna alteración en la fisiología de la deglución⁶. Y desde el punto de vista anatómico, se distinguen entre disfagia esofágica u orofaríngea^{7,8}.

La prevalencia de la disfagia en el anciano, sin que exista patología subyacente, es elevada: un 31,8% de los ancianos presentaba disfagia tras haber estado hospitalizados en una unidad de agudos y especialmente significativa, en pacientes que acaban de sufrir un ACV (alrededor del 55%) o con patología neurodegenerativa (en la que se estima un 84%)⁴.

Existen diversos signos y síntomas que nos hacen sospechar de la existencia de dicha alteración, tales como, toser al comer o inmediatamente después, atragantarse con algunas sustancias, realizar varias degluciones, presencia de residuos post-deglución, pérdida progresiva de peso y de masa muscular, infecciones de repetición y cambios en la voz. De ahí, la importancia de realizar una temprana valoración para conocer la presencia de dicho problema⁹.

La severidad de la disfagia varía desde una dificultad moderada hasta la incapacidad total para la deglución, provocando grandes complicaciones¹⁰, como la disminución en la seguridad de la deglución (ocasionando infecciones respiratorias, aspiración y neumonía) y, por otro lado, malnutrición, deshidratación, dependencia, aislamiento social e institucionalización¹¹.

Existen distintos métodos para la evaluación de la disfagia, uno de ellos es el Swallow Quality of Life (SWAL-QOL) aunque dado sus limitaciones

de extensión y tiempo, prácticamente no se utiliza en la práctica asistencial¹¹. Por eso existen otros métodos como el Eating-Assessment Tool-10 (EAT-10) que nos permite evaluar los síntomas de la disfagia de manera fácil y sencilla¹³, o el Método de Evaluación Clínica Volumen-Viscosidad (MECV-V), que es el más novedoso y nos permite evaluar signos clínicos que se relacionan con alteraciones en la eficacia de la seguridad de la deglución (Anexo I)¹⁴. La eficacia de ésta prueba consiste en utilizar una jeringa para la administración de tres volúmenes (5, 10 y 20 ml.) en tres viscosidades diferentes (néctar, líquido y pudding) empezando siempre por el más seguro (5 ml néctar) y aumentando progresivamente la dificultad¹⁵. La prueba se detiene cuando aparece algún signo de alteración en la seguridad (tos, cambio de voz y desaturación de oxígeno > 5%)¹⁶. La videofluoroscopia y la evaluación endoscópica de fibra óptica de deglución están catalogadas como test "gold standard" en la evaluación de la disfagia y la broncoaspiración. Sin embargo requieren trabajadores cualificados y equipos especializados, de modo que sus limitaciones siguen siendo una cuestión de debate¹⁷.

Debido a la variedad de sujetos que presentan esta alteración, las decisiones terapéuticas deben ser lo más individualizadas posibles, con el objetivo de conseguir un aumento del bienestar y la autonomía de estos pacientes^{18,19}.

Entre las técnicas para el tratamiento de la disfagia, destacan aquellas en las que no necesitan la participación activa del sujeto, sino la formación específica del cuidador, como por ejemplo, la modificación de la postura del paciente al tragar, el incremento de la estimulación sensorial o la modificación de la consistencia y textura de los alimentos sólidos; y/o la viscosidad y volumen de los líquidos²⁰.

Para modificar la textura de los alimentos sólidos es necesario triturarlos con batidora y/o con colador, con el fin de eliminar espinas, grumos u otros elementos que dificulten la deglución. Además, para estimular la ingesta y facilitar la deglución es conveniente añadir durante su preparación harina, aceite o leche. Por otro lado, con respecto a los líquidos más seguros que se hayan determinado, será necesario espesarlos con espesantes

comerciales o bien, administrar gelatinas o aguas gelificadas. Si la dieta modificada es insuficiente, se podrá administrar suplementos nutricionales. En cambio, si el paciente no puede mantener una nutrición e hidratación segura de manera oral, se le colocará una sonda nasogástrica o una gastrostomía endoscópica percutánea (PEG)⁹.

En los últimos años se han puesto en marcha diversas opciones de tratamiento, en las que son imprescindibles la capacidad de comprensión y aprendizaje tanto del cuidador como del paciente²¹, como por ejemplo el entrenamiento de fuerza de la presión lingual o el de los músculos respiratorios, el ejercicio de Shaker¹³ o la electroestimulación neuromuscular con el fin de conseguir cambios en la fisiología de la deglución a partir de la fuerza y resistencia muscular²¹.

Dada su elevada prevalencia y su gran impacto en la calidad de vida de los ancianos, es uno de los síntomas más infradiagnosticados en la práctica clínica. Por ello resulta imprescindible tomar conciencia de la magnitud de la disfagia en el paciente geriátrico. En este ámbito, es donde el profesional de enfermería juega un papel vital en la identificación precoz de la disfagia, evitando complicaciones que comprometan la vida del paciente²². Además, deberán educar tanto al paciente como a su familia, mostrándoles los distintos cuidados para el tratamiento de la misma (Anexo II)⁴.

3. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Incrementar los conocimientos de los cuidadores principales, acerca de cómo con un adecuado diagnóstico precoz y un buen abordaje terapéutico de la disfagia en el anciano, se puede reducir el número de complicaciones que se derivan de dicho problema, a través de la realización de un Plan de Cuidados de Enfermería individualizado a un Caso Clínico.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Describir los distintos métodos de despistaje para el diagnóstico de la disfagia en el anciano.
- Fomentar el aprendizaje de las distintas estrategias de prevención y tratamiento de la disfagia en el anciano, con el fin de evitar el número de complicaciones derivadas de dicho problema.
- Describir y promover los diferentes tipos de cuidados de Enfermería, que se pueden proporcionar al anciano con disfagia, con el objetivo de conseguir una alimentación segura y eficaz del paciente con disfagia, mejorando por tanto, su nivel salud.

4. METODOLOGÍA

Para la resolución del caso clínico que plantea este trabajo, se ha realizado una búsqueda bibliográfica, durante los meses de febrero y marzo, en las principales Bases de Datos de Ciencias de la Salud: Pubmed, Cuiden Plus, SciELO, Science Direct y Scopus, como se detalla en la tabla 1.

BASES DE DATOS	PALABRAS CLAVE/MESH	ARTÍCULOS OBTENIDOS	ARTÍCULOS REVISADOS	ARTÍCULOS UTILIZADOS
CUIDEN	"Ancianos" AND "Disfagia"	8	4	3
SciELO	"disfagia" AND "ancianos"	7	5	2
PubMed	("deglutition disorders" AND "aged") AND ("nursing" OR "diet")	31	9	4
Science Direct	"dysphagia" AND "Aspiration" AND "Nursing"	10	7	5
	"ancianos" AND "disfagia" AND "malnutrición"	24	8	4
Scopus	"disfagia" AND "tratamiento"	3	2	1

Tabla 1

Se ha limitado la búsqueda a los artículos publicados en español y en inglés, de los últimos 5 años. Por otra parte, se ha recopilado información de diferentes libros a través de las herramientas (recurso Alcorze) de que

dispone la Biblioteca de la Universidad de Zaragoza así como, de Páginas web, como queda reflejado en la tabla 2.

OTRAS FUENTES DE INFORMACIÓN		REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS SELECCIONADAS
Alcorze (Libros)	Brunner y Suddarth. Enf. Medicoquirúrgica ²	1
	NANDA ²⁴ -NOC ²⁵ -NIC ²⁶	3
	Tratado de Geriátría para Residentes ²⁰	1
Paginas WEB	Instituto de Mayores y Servicios Sociales ⁹	1
	Nestlé Nutrition Institute ¹³	1
	Servicio Andaluz de Salud: Consejería de Salud ²⁷	1

Tabla 2

Se ha realizado un Plan de Atención de Enfermería, a partir de un caso clínico real, durante las tres primeras semanas de abril, mediante una Valoración Integral Geriátrica, por parte del profesional de enfermería, siguiendo el modelo de los Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon. Para tal fin, se ha apoyado en las siguientes escalas validadas: la escala Norton Modificada, el Mini Nutritional Assessment, el índice de Barthel, el test de Pfeiffer, el Índice de Zarit, la Escala de depresión y ansiedad de Goldberg²⁷ y el Método de Evaluación Clínica Volumen-Viscosidad⁴.

Con el objetivo de detectar los principales Diagnósticos de Enfermería y de establecer los objetivos y los resultados esperados, con vistas a poder realizar las intervenciones de Enfermería más óptimas para el paciente y su familia, se ha utilizado un lenguaje estandarizado: la taxonomía NANDA²⁴-NOC²⁵-NIC²⁶.

Finalmente, para poder llevar a cabo este trabajo, ha sido necesario obtener el consentimiento informado, del paciente de nuestro caso (Anexo III).

5. DESARROLLO

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Emilio es un hombre de 91 años que desde que se quedó viudo hace 6 años, vive en casa de su único hijo, su nuera y sus dos nietos. Hace 6 meses le diagnosticaron Demencia tipo Alzheimer, sin embargo, en este último mes, lleva presentando dificultades para la deglución, acompañado de episodios de atragantamiento.

Como antecedentes familiares, se encuentra el ACV que sufrió su madre hace 30 años. Entre los antecedentes personales, destacan Infarto Agudo de Miocardio (2001), ACxFA y Demencia Tipo Alzheimer. Lleva sin fumar 10 años y no bebe alcohol. No tiene alergias conocidas. Ha padecido diversas intervenciones Quirúrgicas: apendicetomía, cataratas en ambos ojos y hernia inguinal bilateral.

5.1. VALORACIÓN

A las 18:00 del 06/10/2015, Emilio llega, acompañado de su hijo, al Servicio de Urgencias del Hospital Nuestra Señora de Gracia (Zaragoza) por debilidad generalizada, deshidratación y pérdida de peso. Se lleva a cabo una recogida básica de los datos a través de la observación y exploración física, y la información proporcionada por el familiar y por otros profesionales.

- Constantes vitales: FC: 112 lpm, FR: 26 rpm, TA: 90/50 mmHg, Sat. O₂: 90% y Temperatura axilar: 37,4°.
- Exploración Física: Se encuentra aturdido, apático y nauseoso. Presenta dificultad para respirar, sed, sequedad en la piel y un abdomen blando, con peristaltismo presente y no doloroso a la palpación. El acompañante nos informa que "ha perdido unos 4 kg de peso en el último mes".

Tras la recogida de datos en el Servicio de Urgencias, se decide ingresarlo en la Unidad de Geriatría de este hospital, donde se le realiza una valoración de enfermería, que se muestra de manera **completa** en el Anexo IV, basada en el modelo de los Patrones Funcionales de Salud de M. Gordon y apoyándose en diversas escalas validadas relacionadas con aquellos aspectos afectados o en riesgo.

5.2. DIAGNÓSTICO

Tras una correcta y precisa fase de valoración, se detecta en Emilio y su familia los siguientes Diagnósticos NANDA de Enfermería²⁴. Por eso, al hablar de Emilio, se hace referencia al binomio Paciente-Familia.

1. Deterioro de la deglución (00103) r/c deterioro neuromuscular (disminución de la fuerza o movimiento de los músculos implicados en la masticación) m/p atragantamiento.
2. Riesgo de aspiración (00039) r/c deterioro de la deglución.
3. Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades (00002) r/c incapacidad para ingerir los alimentos m/p peso corporal inferior en un 20% o más al peso ideal.
4. Déficit del volumen de líquidos (00027) r/c pérdida importante del volumen de líquidos m/p sed, debilidad, sequedad de la piel, disminución de la diuresis.
5. Ansiedad (00146) r/c cambio en el estado de salud m/p inquietud, preocupación.
6. Riesgo de cansancio del rol de cuidador (00062) r/c duración de la necesidad de cuidados.
7. Disposición para mejorar los conocimientos (00161) r/c expresa interés en el aprendizaje.

Tabla 3

5.3. PLANIFICACIÓN

→ **Deterioro de la deglución (1) y Riesgo de aspiración (2)**

Objetivo: en el plazo de tres meses, Emilio será capaz de conseguir una deglución segura, manteniendo un buen nivel de hidratación y nutrición.

Resultados (NOC) ²⁵: Estado de deglución: fase faríngea (1013) y Prevención de la aspiración (1981).

	1 Gravemente comprometido	2 Sustancialmente comprometido	3 Moderadamente comprometido	4 Levemente comprometido	5 No comprometido
101303 Atragantamiento, tos o nauseas				X	
101306 Esfuerzo deglutorio aumentado			X		
101316 Aspiraciones				X	
191802 Evitar factores de riesgo			X		
198104 Selecciona sus comidas según capacidad deglutoria			X		
198106 Conserva una consistencia apropiadas de las comidas sólidas y líquidas			X		

Tabla 4

Intervenciones (NIC) ²⁵: Terapia de deglución (1860) y Precauciones para evitar la aspiración (3200). Las **actividades** propuestas son:

- Ayudar al paciente a colocar la cabeza flexionada hacia delante.

- Explicar la eficacia de la dieta a Emilio y a su familia.
- Controlar si hay signos de fatiga al comer, beber y tragar.
- Comprobar el nivel de conciencia, la presencia de restos de alimentos después de comer y la capacidad de deglución.
- Evitar líquidos y utilizar agentes espesantes y alimentos con textura homogénea.

→ **Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades (3) y Déficit del volumen de líquidos (4).**

Objetivo: en el plazo de un mes, Emilio será capaz de beber de 2 a 2,5 litros de agua diaria, así como de lograr un aumento de peso de 3Kg.

Resultado (NOC)²⁵: Estado nutricional: ingestión de nutrientes (1009) y estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos (1008).

	1 Inadecuado	2 Ligeramente adecuado	3 Moderadamente adecuada	4 Sustancialmente adecuado	5 Completamente adecuada
100901. Ingestión calórica		X			
100902 Ingestión proteica		X			
100903 Ingestión de grasa		X			
100904 Ingestión de HC.		X			
108103 Ingestión de líquidos orales		X			

Tabla 5

Intervenciones²⁶: Terapia nutricional (1120). Las **actividades** propuestas son:

- Determinar la capacidad del paciente para satisfacer sus necesidades nutricionales.
- Asegurarse de que la dieta incluya alimentos ricos en fibra, proteínas, hierro, minerales.
- Fomentar técnicas seguras de preparación de alimentos.
- Estimular e incrementar el consumo seguro y eficaz de agua.
- Crear un ambiente seguro para el paciente.

→ **Ansiedad (5)**

Objetivo: en el plazo de seis meses, Emilio reducirá su grado de ansiedad, afrontando con más optimismo su enfermedad.

Resultado (NOC)²⁵: Afrontamiento de problemas (1302).

	1 Nunca demostrado	2 Raramente demostrado	3 En ocasiones demostrado	4 Frecuentemente demostrado	5 Constantemente demostrado
140204 Planea estrategias para superar situaciones estresantes	X				
140207 Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad	X				
140214 Refiere dormir de forma adecuada				X	
140217 Controla la respuesta de ansiedad			X		

Tabla 6

Intervenciones (NIC) ²⁶: Apoyo emocional (5270) y Disminución de la ansiedad (5820) Las **actividades** propuestas son:

- Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
- Permanecer con el paciente para proporcionarle seguridad y reducir el miedo.
- Favorecer el llanto como medio para disminuir la respuesta emocional.
- Comprender la perspectiva del paciente sobre su situación estresante.
- Escuchar al paciente con empatía y atención.
- Si aumenta el grado de ansiedad, reforzar comportamientos.
- Impulsar el apoyo familiar del paciente
- Brindar empatía, cuidado y confianza al individuo.
- Utilizar y potenciar técnicas de relajación, respiración o imaginación.
- Ayudar al paciente a identificar qué personas significativas pueden servirle de apoyo en sus momentos más difíciles.

→ **Riesgo de cansancio del rol de cuidador (6) y Disposición para mejorar los conocimientos (7).**

Objetivo (6): en el plazo de seis meses, el cuidador principal mantendrá una sobrecarga de cuidados, que no afecte a su salud física y/o emocional.

Objetivo (7): en el plazo de tres meses, el cuidador principal tendrá información suficiente y necesaria para garantizar el cuidado de Emilio.

Resultado (NOC)²⁵: Conocimiento: cuidados de la enfermedad (1824) y Conocimiento: régimen terapéutico (1813).

	1 Ningún conocimiento	2 Conocimiento escaso	3 Conocimiento Moderado	4 Conocimiento sustancial	5 Conocimiento extenso
182401 Dieta recomendada		x			
182402 proceso específico de la enfermedad		x			
181302 Descripción de las responsabilidades de los propios cuidados para el tratamiento actual			X		
181304 Descripción de los efectos esperados del tratamiento		x	X		

Tabla 7

Intervenciones (NIC)²⁶: Apoyo al cuidador principal (7040) Y Educación sanitaria (5510) Las **actividades** propuestas son:

- Determinar el nivel de conocimientos del cuidador.
- Determinar la aceptación del cuidador sobre su papel.
- Estudiar junto con el cuidador, los puntos fuertes y débiles.
- Proporcionar ayuda sanitaria de seguimiento al cuidador, mediante llamadas de teléfono y/o cuidados de enfermería comunitarios.
- Enseñar al cuidador técnicas de manejo de estrés y estrategias de mantenimiento de cuidados sanitarios para sostener su propia salud física y mental.

5.4 EJECUCIÓN.

A continuación, "se pone en marcha" el plan de cuidados. La principal actividad que se desempeñó fue la modificación de la consistencia y la textura de los alimentos sólidos y líquidos (Espesante Resource® + Agua Gelificada

Resource®), siempre siguiendo una dieta equilibrada y variada. Con el fin de favorecer la adherencia de Emilio a la dieta triturada, se respetó en la mayoría de lo posible los gustos y preferencias del paciente. Con la ayuda de su familia, vigilamos y anotamos su ingesta además de su excreción. Dado que la familia está muy implicada en el proceso de la enfermedad de Emilio se le da una hoja con una serie de recomendaciones generales para los enfermos con disfagia ⁴ (Anexo II).

En cuanto a su **evolución y seguimiento**, se regula el tratamiento respiratorio mediante la administración de oxígeno a bajo flujo (Gafas Nasales a 2-3 lpm.) y se administra hierro intravenoso con aparición de heces muy blandas. Durante su ingreso, precisa suplementos alimenticios (Fresubin® 2 kcal Creme). Dado que su preocupación y ansiedad va creciendo durante su estancia en la planta, se le enseña a él y a su familia una serie de consejos para reducir el estrés tales como, técnicas de meditación y relajación o ejercicios respiratorios.

5.5 EVALUACIÓN

Para evaluar este Plan de Cuidados, se utiliza los criterios e indicadores de resultados NOC²⁵ planteados anteriormente (Anexo X) ²⁵. De esta manera se constató que la familia comprende y conoce las recomendaciones básicas del tratamiento, además de conseguir una mejoría considerable en su estado nutricional (se constata que ha ganado 1,3 kg durante su ingreso). De modo que se decide reevaluarlo a través del MNA²⁷ (Anexo V), en la que se obtiene una puntuación de 18/30, lo que ahora nos indica que existe riesgo de malnutrición. Por otro lado, dado que su nivel de ansiedad no ha disminuido, se decide realizarle la Escala de depresión y ansiedad de Goldberg²⁷ (Anexo XI) en la que Emilio obtiene 12 puntos por lo que se considera que existe un malestar psíquico moderado, relacionado con la ansiedad. Al alta (16/10/2015) se regula su Tratamiento farmacológico: Medicación anterior + Lexatin® 1,5 mg antes de dormir (en vez de Orfidal® 1mg).

5.6 DISCUSIÓN

La literatura científica más reciente, coincide en que tanto las pruebas de deglución, como los test validados, permiten realizar una adecuada valoración precoz de los síntomas de disfagia, por parte del profesional de enfermería. Entre ellas destaca el MECV-V que como afirman diversos estudios como el de *Ferrero López y cols. (2015)*¹⁵ o el de *Silveira Guijarro y cols. (2011)*¹⁶ es un método de bajo coste y de fácil aplicación en comparación con otros métodos como la videofluoroscopia.

En cuanto al tratamiento de la disfagia, en la bibliografía consultada, resalta la importancia de proporcionar y enseñar al paciente y/o a la familia los cuidados necesarios del anciano con disfagia. Aunque en la *Guía de nutrición para personas con disfagia del Instituto de Mayores y Servicios Sociales*⁹ afirman que existe cierta controversia en cuanto al uso de pajitas, ya que mientras autores de prestigio como P. Clavé la desaconsejan, otros autores como E. Camarero las aconsejan, puesto que su "uso limita el volumen de los líquidos y además el descanso entre ellos disminuye el riesgo de aspiración".

6. CONCLUSIÓN

Dada la elevada prevalencia de la disfagia y de su gran impacto en la calidad de vida de los ancianos y de sus cuidadores, es uno de los síntomas más infradiagnosticados en la práctica clínica. De esta manera cobra importancia la labor del profesional enfermería en el diagnóstico precoz de la enfermedad, además de contribuir en el tratamiento multidisciplinario, con el fin de evitar el número de complicaciones y mejorar su salud.

Destacar también, que, gracias a la elaboración, y posterior puesta en marcha de este Plan de Cuidados personalizado hemos conseguido notables cambios en la salud de Emilio y de su entorno, además de educar y cuidar tanto a Emilio como a su familia, que bien se podrían extrapolar en forma de estandarización de cuidados a otros ancianos con disfagia.

Finalmente, uno de los aspectos que se pretende resaltar, con la realización de este trabajo, es conseguir una mayor concienciación de la disfagia en el anciano, así como la importancia de poner en marcha un Plan de Cuidados de Enfermería estandarizado o bien un Protocolo de abordaje clínico de la disfagia.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Goes VF, Mello-Carpes PB, De Oliveira LO, Jaqueline Hack J, Marcela Magro M, Bonini JS. Evaluación de riesgos de la disfagia, el estado nutricional y la ingesta calórica en pacientes ancianos con Alzheimer. Rev. Latino Am Enfermagem. 2014;22(2):317-22.
2. Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. Cuidados para la salud del anciano En: Smeltzer SC, Bare BG, editores Brunner y Suddarth. Enfermería medicoquirúrgica. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2012; p206.
3. Valls T, Mach N. Riesgo de malnutrición en la población mayor de 75 años. Med Clin (Barc). 2012;139(4):157-160.
4. Sánchez Peláez MV. Disfagia orofaríngea en el anciano hospitalizado: prevalencia, métodos diagnósticos y cuidados de enfermería. Nuberos Científica. 2015;2(15):49.
5. Pérez Burgos R, Sarto B, Segurola H, Romagosa A, Puiggrós C, Vázquez C, et al. Traducción y validación de la versión en español de la escala EAT-10 (Eating Assessment Tool-10) para el despistaje de la disfagia. Nutr Hosp. 2012;27(6):2048-54.
6. Lendínez-Mesa A, Fraile-Gomez MP, Esther García-García E, Díaz-García MC, Mónica Casero-Alcázar M, Nuria Fernandez-Rodríguez N, et al. Disfagia orofaríngea: prevalencia en las unidades de rehabilitación neurológica. Rev Cient Soc Esp Enferm Neurol. 2014;39(1):5-10.
7. Sarabia-Cobo CM, Pérez V, de Lorena P, Domínguez E, Hermosilla C, Nuñez MJ, et al. The incidence and prognostic implications of dysphagia in elderly patients institutionalized: A multicenter study in Spain. Appl Nurs Res. Publicación electrónica 4 Jul 2015.

8. Galán Sánchez-Heredero MJ, Santander Vaquero C, Cortázar Sáez M, De la Morena López F, Susi García R, Martínez Rincón MC. Malnutrición asociada a disfagia orofaríngea en pacientes mayores de 65 años ingresados en una unidad médico-quirúrgica. *Enferm Clin* [Internet]. 2014 [citado 1 Mar 2016];24(3)[aprox. 7 pantallas]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.12.009>
9. Imsero. Guía de nutrición para personas con disfagia.[Internet]; 2012 [acceso 3 de marzo de 2016].Disponible en: http://www.imsero.es/InterPresent1/groups/imsero/documents/binario/600077_guia_nutricion_disfagia.pdf
- 10.Serrano Santos JM, Poland F, Wright D, Longmore T. Medicines administration for residents with dysphagia in care homes: A small scale observational study to improve practice. *Int J Pharm*. Publicación electrónica 22 Feb 2016.
- 11.Clavé P. Disfagia orofaríngea en el anciano. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2012;47(4):139-140.
- 12.Lemmens J, Bours GJJW, Limburg M, Beurskens AJHM. The feasibility and test-retest reliability of the Dutch Swal-Qol adapted interview version for dysphagic patients with communicative and/or cognitive problems. *Qual Life Res*. 2013;22(4):891-5.
13. Cichero J, Clavé P. Los peldaños para vivir bien con disfagia. [Internet]. Barcelona: Nestlé Nutrition Institute; 2011 [citado 3 de Marzo de 2016].Disponible en: https://www.nestlenutrition-institute.org/intl/es/resources/library/Free/workshop/N_72/Document/s/Final%20WorkshopSeriesVol72.pdf
- 14.Ferrero López MI, García Gollarte JF, Botella Trelis JG, Juan Vidal O. Detección de disfagia en mayores institucionalizados. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2012;47(4):143-7.

15. Ferrero López MI, De la Rubia Ortí JE, Castellano Vela E, González Monte C, Sanchis-Bayarri Bernal V, Navarro Sanz R. Los factores relacionados con la mortalidad en pacientes con disfagia ayudan en la toma de decisiones dietéticas y nutricionales. *Nutr Hosp.* 2015;31(2):820-28.
16. Silveira Guijarro LJ, Domingo García VD, Montero Fernández N, Osuna del Pozo CM, Álvarez Nebreda L, Serra-Rexach JA. Disfagia orofaríngea en ancianos ingresados en una unidad de convalecencia. *Nutr Hosp.* 2011;26(3):501-10.
17. Festic E, Soto Soto J, Pitre LA, Leveton M, Ramsey DM, Freeman WD, et al. Novel Bedside Phonetic Evaluation to Identify Dysphagia and Aspiration Risk. *Chest.* 2016;149(3):649-59.
18. Torres Camacho MJ, Vázquez Perozo M, Parellada Sabaté A, González Acosta ME. Disfagia en ancianos que viven en residencias geriátricas de Barcelona. *Gerokomos.* 2011;22(1):20-4.
19. Park Y, Han H, Oh B, Lee J, Park J, Yu SJ, et al. Prevalence and associated factors of dysphagia in nursing home residents. *Geriatr Nurs (Minneap).* 2013;34(3):212-7.
20. Jiménez Rojas C, Corregidor Sánchez AI, Gutiérrez Bezón C. Disfagia. En: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Tratado de Geriatria para Residentes. Madrid: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología; 2007. p. 545-553.
21. Irlles Rocamora JA, García-Luna PP. El menú de textura modificada; valor nutricional, digestibilidad y aportación dentro del menú de hospitales y residencias de mayores. *Nutr Hosp.* 2014;29(4):873-9.
22. Martinell M, Gonza B, Ejarque J, Terre R, Judith Ejarque J, Mearin F. Tratamiento con electroestimulación neuromuscular de la disfagia orofaríngea en pacientes con ictus. *Med Clin.* 2013;140(4):157-6

23. Li M, Wang Z, Han W-J, Lu S-Y, Fang Y-Z. Effect of feeding management on aspiration pneumonia in elderly patients with dysphagia. Chinese Nurs Res [Internet]. 2015 [acceso 13 Mar 2016];2(2-3)[aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2095771815000420>
24. NANDA (North American Nursing Diagnosis Association). Diagnósticos Enfermeros: definiciones y clasificaciones. 2012-2014. Barcelona: Elsevier; 2013.
25. Johnson M, Maas, M, Moorhead S. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ª Ed. Madrid: Elsevier Mosby; 2009.
26. McCloskey JC, Bulechek GM, Butcher H. Clasificación de Intervenciones (NIC). 5ª ed. Madrid: Elsevier Mosby; 2009.
27. Junta de Andalucía. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud [Internet]. [actualizado 7 de Octubre de 2014; citado 5 de Abril de 2016]. Cuestionarios, test e índices de valoración enfermera en formato para uso clínico; [aprox. 2 pantallas] Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=pr_desa_Innovacion5