

	TITULO	AUTORES. AÑO.	TIPO DE ARTICULO.	CONCLUSIONES.
12	“Disfagia orofaríngea y broncoaspiración”	J.Barroso 2009	Revisión Bibliográfica.	Como conclusión la autora propone las “tácticas compensatorias, los cambios postulares, los cambios del volumen y la viscosidad de la dieta, la higiene oral, las terapias farmacológicas.” Pone en duda el uso de sondas de alimentación.
13	“Abordaje de la disfagia en la demencia avanzada”	Gómez-Busto, Fernando Andía, Virginia Ruíz de Alegría, Loli Francis, Inés 2009	Revisión Bibliográfica	Los autores optan por alimentación oral con sus pautas y técnicas VS sonda nasogástrica.
14	“Actualización en nutrición clínica. Tratamiento nutricional de la disfagia orofaríngea”	LLamborda González, P.Gómez Enterría 2006	Revisión bibliográfica	“Diagnóstico precoz y el abordaje de problema multidisciplinario disminuyen las complicaciones y mejoran la calidad de vida de los pacientes”

	TITULO	AUTORES. AÑO.	TIPO DE ARTICULO.	CONCLUSIONES.
15	“Cómo prevenir la aspiración en los adultos mayores con disfagia”	N.Meteny 2007	Revisión bibliográfica	Autor propone las pautas a seguir durante alimentación de persona con disfagia, tanto vía oral, como por sonda nasogástrica haciendo hincapié en importancia en cuidados de la boca
16	“Abordaje clínico de la disfagia orofaríngea: diagnóstico y tratamiento”	Velasco, Maria Mercedes Arreola, Viridiana Clavé, Pere Puiggrós, Carolina 2007	Artículo publicado en la revista “ Nutrición Clínica en Medicina”	Propuesta de las medidas terapéuticas para nutrición segura y eficaz en función de los medios e información disponible.
17	“Actualización de la neumonía en el anciano”	Torres, Olga H Gil, Eva Pacho, Cristina Ruiz, Domingo 2013	Revisión Bibliográfica	Autores hablan de papel de DO en neumonía aspirativa en el anciano
18	“Identificación y manejo de la disfagia en adultos con afectación neurológica”	Ramritu p, Finlayson K, Mitchell A, Croft G Versión original traducida al castellano por: Marta Susana Torres 2005	Revisión sistemática	Estrategias de seguir para identificación y manejo enfermero de la disfagia
19	“Plan de Cuidados de Enfermería en Pacientes Geriátricos con Disfagia.”	González, D. Leno González, J. L. Leno Guerrero, M ^a . J. Lozano 2004	Plan de cuidados	Autores ofrecen un plan de cuidados en la alimentación para enfermos con DO basado en los diagnósticos de enfermería

	TITULO	AUTORES. AÑO.	TIPO DE ARTICULO.	CONCLUSIONES.
20	“Cuidados en la disfagia y prevención de la aspiración”	Aragón, A.; Florez, C.I.; Galván, J.; López, J.; Naz, R.; Pérez, I.M.; Romero, A. 2010	Manual de protocolos asistenciales generales de enfermería. Hospital universitario. “Reina Sofia”	El protocolo que ofrece las intervenciones, tácticas para cuidados a los pacientes con DO
21	“Alimentación de las personas con disfagia”.	Campos, Cristina Martín Juana María Rabat Restrepo 2010	Revisión bibliográfica	Los autores ofrecen las recomendaciones dietéticas
22	“Disfagia orofaríngea en el anciano”	P.Clave 2006	Artículo, publicado en la “Revista española de Geriatria y Gerontología”	Explicación de método clínico de volumen-viscosidad como el diagnóstico clínico de DO.
23	“Disfagia orofaríngea en el anciano”	Clavé, Pere Albert Verdaguer Arreola., Viridiana 2006	Artículo, publicado en la revista “Medicina Clínica”	Descripción de las DO, su procedencia, epidemiológica, diagnóstico y tratamiento.

	TITULO	AUTORES. AÑO.	TIPO DE ARTICULO.	CONCLUSIONES.
24	“Trastornos de la deglución: un reto para el gastroenterólogo”	Ponce, Marta Garrigues, Vicente Ortiz, Vicente Ponce, Julio 2007	Artículo publicado en la revista “Gastroenterología y hepatología.”	El artículo hace descripción de disfagia, hace hincapié en clasificación de disfagia para definir el diagnóstico y tratamiento correspondiente.
25	“Disfagia.”	Ana, Rojas Corregidor, Isabel Guti, Carmen 2006	Libro. “Tratado de geriatría para residentes”	Manual básico para los profesionales que atienden a pacientes geriátricos, donde el capítulo 53 está dedicado a Disfagia en paciente geriátricos con su etiología, manifestaciones clínicas y tratamiento propuesto.

8. Discusión.

8.1. Detección precoz de DO.

La detección precoz de disfagia orofaríngea en anciano ayuda a disminuir el riesgo de desnutrición, deshidratación, aspiración y para ofrecer el tratamiento correspondiente en cada caso.

Aunque el diagnóstico y tratamiento de disfagia necesita un planteamiento multidisciplinar, pero el rol de enfermería juega un papel primordial en el diagnóstico y prevención de complicaciones, formando parte del equipo de profesionales que pasa la mayoría del tiempo con los usuarios del centro geriátrico y tiene conocimientos para identificar riesgos de posibles complicaciones respiratorias y nutricionales, determinar si hay necesidad de exploraciones complementarias y actuar como vehículo con otros profesionales para aportar los datos recopilados de cada caso de disfagia.

Para valorar las alteraciones de la deglución y para detección precoz al alcance de enfermera se encuentran diversos métodos clínicos:

1. Mediante conocimiento de la historia clínica.
2. Observación directa.
3. Exploración clínica de la deglución utilizando pruebas de cribado, tales como Test Validado EAT-10 y “Test de agua” - prueba sin bolo, prueba con bolo que es el método de exploración clínica instrumental “Test clínico volumen-viscosidad. (MECV-V)^{11,10,18}

- Exploración de historia clínica.

- ✓ Con detección de factores de riesgo.
- ✓ Patologías previas, asociadas a DOF.
- ✓ Grado de dependencia ABVD (Actividades Básicas de Vida Diaria)
- ✓ Deterioro cognitivo. (Según escalas propuestas por cada centro)

- ✓ Medicación habitual, que puede influir sobre SNC.
- ✓ Registro de episodios de atragantamientos.
- ✓ Frecuencia de infecciones respiratorias y neumonías.
- ✓ Disminución de peso en un periodo de tiempo corto.
- Observación directa, durante de consumo de comida y agua con registro de los siguientes aspectos:
 - ✓ Atragantamientos frecuentes con o sin presencia de tos (Sospecha de una aspiración.)
 - ✓ Voz húmeda. (Indicios de secreciones en la glotis con penetración y aspiración de las mismas.)⁶
 - ✓ Presencia de babeo.
 - ✓ Múltiples intentos de deglutir.
 - ✓ Restos alimenticios en la boca
 - ✓ Regurgitación de alimentos a través de fosas nasales
 - ✓ Lentitud para iniciar la deglución y/o retraso en la deglución (más de cinco segundos)^{9'12}
- Exploración clínica de deglución.

Para recoger los datos para la valoración de estado de deglución, la enfermera posee en su alcance las herramientas que permiten la detección precoz del deterioro de deglución.

- ✓ Test de despistaje de disfagia EAT (Eating Assessment Tool)-10.

Es un cuestionario simple, que contiene 10 preguntas, elaborado por un colectivo multidisciplinar de expertos especializados en digestología,, otorrinolaringología logopedia y nutrición..

Preguntas del “Test de despistaje de disfagia EAT 10”

- “1. Mi problema para tragar me ha llevado a perder peso.”
- “2. Mi problema para tragar interfiere con mi capacidad para comer fuera de casa.”
- “3. Tragar líquidos me supone un esfuerzo extra.”
- “4. Tragar sólidos me supone un esfuerzo extra.”
- “5. Tragar pastillas me supone un esfuerzo extra.”
- “6. Tragar es doloroso.”
- “7. El placer de comer se ve afectado por mi problema para tragar.”
- “8. Cuando trago, la comida se pega en mi garganta”
- “9. Toso cuando como”
- “10. Tragar es estresante”

Donde el paciente responde cada pregunta de manera personal en una escala de cinco puntos (0-4 puntos),

Cero puntos (0) nos indica a ausencia de problema.

Puntuación menor a 3 → cribado negativo

Puntuación mayor o igual a 3 → cribado positivo.

A los pacientes que han obtenido puntuación positiva mayor o igual a 3, se realizan otros métodos de exploración clínica.

Condiciones para realizar el cribado.

Los entrevistados tienen que estar conscientes y orientados sin alteraciones cognitivas que pueda dificultar la comprensión de las preguntas.

Limitación.

No se puede aplicar a los ancianos con demencias en los estados avanzados y con deterioro cognitivo severo.¹¹

✓ Test de agua.

Consiste en administración de sorbos de agua de diferentes volúmenes.

Para empleo de este método es conveniente tener un aspirador de secreciones a mano

El paciente debe estar incorporado y monitorizado con un pulsioxímetro.

Con una jeringa de alimentación se le administran 10 ml de agua y se observa si hay signos alteración de deglución y signos de compromiso de respiración.

La prueba se repite 4 veces, empieza con volumen de agua 10ml y finaliza con volumen de 50 ml.

Se aconseja repetir durante 4 días en cada turno de enfermera, para sacar conclusiones definidas.

Es un método simple, que no requiere condiciones especiales para realizarlo.

Desventaja.

El método no puede detectar las aspiraciones silentes, además expone al paciente al riesgo de sufrir aspiraciones al administrar grandes volúmenes de agua.⁵

✓ Test clínico volumen-viscosidad. (MECV-V)

Todos los autores coinciden en su opinión, mediante esta prueba se puede detectar precozmente posibles trastornos de seguridad y eficacia de la deglución, además puede aportar información útil para definir tipo de bolo de volumen y viscosidad en alimentación que se puede administrar al paciente.^{5,13,20}

Es el método de exploración clínica volumen-viscosidad (MECV-V), elaborado por el Dr. Clavé y su equipo.⁸ se realiza con el paciente en sedestación y monitorizado con el pulsioxímetro continuamente.

Se administran bolos de tres tipos de volumen (5, 10,20 ml) con tres tipos de viscosidades (viscosidad líquida, néctar, puding.)

La prueba empieza con el bolo de viscosidad néctar y de volumen bajo, aumentando el volumen. Siguiendo etapa con administración de viscosidad líquida

(agua) y, finalmente, con la viscosidad pudding, en los dos casos aumentando el volumen gradualmente.

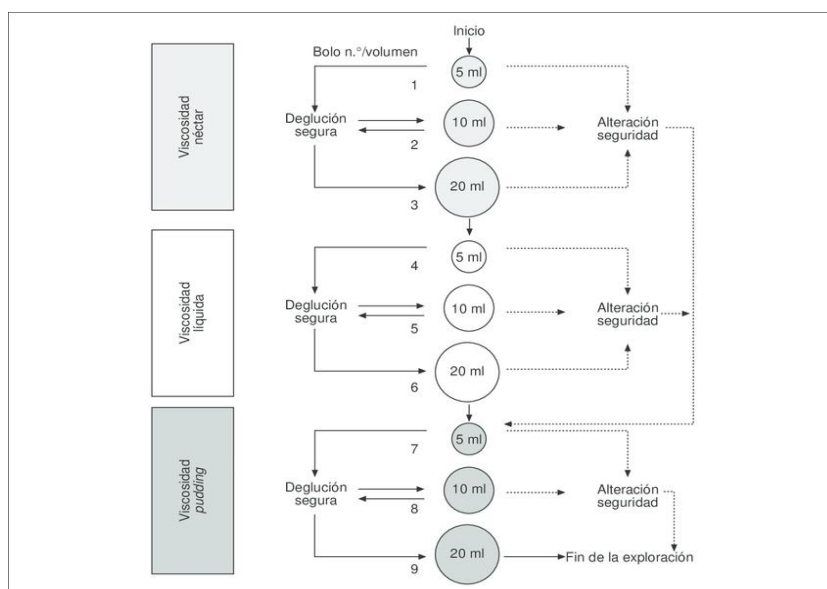
Durante la prueba se registra si hay aparición de signos de alteración de la seguridad tales como tos, disminución de la saturación basal de oxígeno más de un 5% y cambio del tono de voz y/o de la eficacia: sello labial incompleto, restos alimenticios orales o faríngeos y deglución fragmentada.

Con aparición del algún signo de compromiso la seguridad del paciente, no se excede ni a un volumen mayor, ni a una viscosidad inferior.

Con presencia de algún tipo de compromiso de seguridad y eficacia, se concluye que la prueba ha sido positiva.

Según resultado de prueba a nivel de enfermería se puede determinar las pautas dietéticas y medidas de adaptación de viscosidad de líquidos.²¹

Figura 6: Algoritmo del Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad. Extraído del artículo de P.Clave et al. “Diagnóstico y tratamiento de la disfagia orofaríngea funcional. Aspectos para cirujano digestivo.



8.2 Recomendaciones para tratar la disfagia orofaríngea.

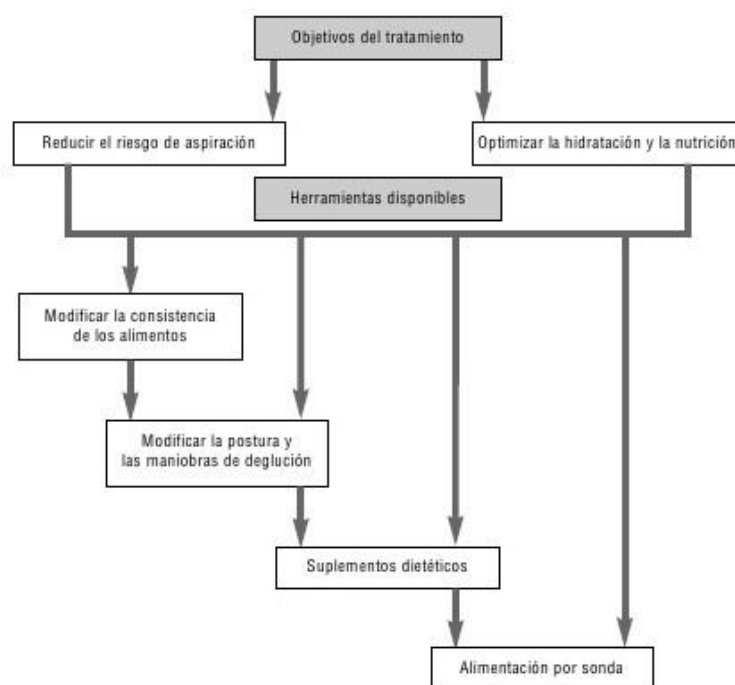
El enfoque terapéutico de DO tiene dos objetivos principales que seguir: SEGURIDAD y EFICACIA de deglución.

Como estaba dicho anteriormente, el tratamiento de disfagia es una tarea multidisciplinar, que requiere implicación de todo el equipo de los centros socio-sanitarios. Los auxiliares, enfermeras, personal de cocina, logopedas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, médicos-nutricionistas.

En la siguiente figura se resume las estrategias principales para abordaje de DO, tales como modificación de la consistencia de los alimentos y líquidos, modificación de las posturas, suplementos orales y alimentación por sonda

Los que están en alcance de enfermería son modificación de la consistencia de los alimentos y líquidos, modificación de posturas y cuidados a los pacientes con sonda.

Figura7: Organigrama del tratamiento de la disfagia orofaríngea. Extraída del artículo de Velasco MM, Arreola V, Clavé P, Puiggrós C. Abordaje clínico de la disfagia orofaríngea: diagnóstico y tratamiento.



● Modificación de consistencia de los alimentos.

Con la dieta de cocina habitual no siempre puede satisfacer las demandas de cuerpo en agua, nutrientes y calorías para preservar un estado óptimo de nutrición, por eso es necesario insertar algunas modificaciones en la dieta. Para ello, se adapta la textura de los alimentos sólidos y líquidos para conseguir un incremento de la eficacia y la seguridad de la deglución, mejorando la ingesta hídrica y calórica.

✓ Adaptación de alimentos sólidos.

Se ofrece cuatro tipos de dietas con cinco tipos de texturas diferentes.

1. Dieta normal, alimentos con cualquier tipo de textura.

2. Dieta de fácil masticación. Textura E y D

En un principio es una dieta normal, de masticación suave, incluyendo los alimentos jugosos no triturados, con salsas espesas, de composición blanda, se pueden trocear con tenedor.

3. La dieta manipulada mecánicamente o alimentación básica adaptada, correspondiente a textura C. Dieta de muy fácil masticación.

Se aconsejan en alteraciones en nivel faríngeo de la deglución.

Requiere masticación muy suave con formación fácil de bolo alimenticio

En esta dieta no permite mezclar las consistencias, excluidos los alimentos que al partirlos se fragmentan en piezas duras, se puede añadir espesantes, para aumentar su firmeza. Se puede comer con cuchara o tenedor.

4. La dieta triturada con texturas A y B. Puré.

Es aconsejable con alteraciones en la fase preparatoria y oral de la deglución con, cuando existe dificultad para formar el bolo por problemas con la dentadura o presencia de mal sellado labial. También está aconsejado en alteraciones de la fase faríngea.

Es dieta con texturas de puré líquido y uniforme, solo puede comer con cuchara. Para la elaboración de esta dieta hay que tener en cuenta varios aspectos:

No mezclar los alimentos con consistencia diferente, se evita los alimentos duros y fibrosos y con semillas y pieles.^{22 23}

✓ **Modificación de consistencia de los líquidos.**

Para asegurar la seguridad de hidratación del paciente con DO es imprescindible adaptar la textura de líquido. Porque los líquidos espesados enlentecen su fluido hacia faringe aumentando la seguridad deglutoria y reduciendo riesgo de aspiración.

Existen cuatro niveles de viscosidades de líquidos, que se administran a los usuarios con DO:

1. Viscosidad líquido claro.	2. Viscosidad néctar.	3. Viscosidad miel	4. Viscosidad pudding.
Dieta normal para los pacientes sin alteraciones de deglución.	Los líquidos se puede beber con una taza , sosteniendo una cañita.	Se puede tomar con una taza o cuchara. No pasa por cañita.	Se debe tomar con una cuchara.
Puede ser agua, infusiones,zumos, caldo normal.	Al caer de cuchara forma un hilo.	Al caer de cuchara forma gotas espesas.	Al caer se forma bloques.

Tabla 4. Niveles de viscosidad de líquidos. Elaboración propia.

Se consigue la modificación de textura con espesantes comerciales, que pueden tener la presentación en forma de polvo para agregar a los líquidos y alimentos, en forma de bebidas de textura espesada y agua gelificada.¹⁰

- Estrategias de aumento de sensibilidad oral.

Las estrategias de aumento de sensibilidad oral y faríngea son eficaces cuando en un paciente se aprecia un retraso para comenzar la deglución.

- ✓ Estimulación térmica/táctil.

Se proporcionan alimentos de diferentes temperaturas (fríos o calientes) que provoca el inicio del mecanismo de deglución

- ✓ Cambio de sabores.

Se cambia un sabor por otro de diferentes gustos (de ácido a amargo, de dulce a salado). Los ácidos actúan estimulando la deglución.

- ✓ Estimulación de salivación.

Los olores y la apetecible presencia de alimentos producen la salivación necesaria para deglutir.²⁴

- Otros consejos dietéticos.

El uso de gelatinas que están en venta en supermercados es totalmente desaconsejables para pacientes con DO porque no guardan su consistencia en contacto con el calor y la saliva de la boca y se transforman en líquido.¹⁰

No es recomendable el uso de jeringa para la alimentación oral porque que puede provocar las broncoaspiraciones, por no poder apreciar si la deglución ha concluido. El uso de cuchara aporta efecto beneficioso, porque actúa sobre la lengua sirve de estímulo deglutorio.

El mantenimiento de higiene bucal antes y después de administración de la alimentación ayuda a prevenir aspiraciones que están provocadas por residuos alimenticios en la boca.¹⁶

● Modificación de la postura y las maniobras de deglución.

Modificación de la postura incluye técnicas posturales, con objetivo de proteger vía aérea para evitar las aspiraciones y atragantamientos y prevenir complicaciones respiratorias.

✓ Postura principal.

La persona a la que vamos a administrar los alimentos e hidratación tiene que estar sentada recta con 90° de flexión de rodillas y la cadera, línea media, la cabeza ligeramente flexionada y la barbilla hacia abajo. Eso permite cerrar la vía aérea, para protegerla de aspiraciones. El cuidador tiene que estar posicionado en la misma altura o ligeramente por debajo del nivel de los ojos del cuidado.^{24 ' 26 '27}

✓ Paciente con parálisis unilateral.

Se aconseja rotar la cabeza hacia parte de cuerpo lesionado, inclinando el cuello con la barbilla hacia el lado dañado, por lo que se queda libre el lado sano. De esa manera el bolo se dirige hacia el lado no lesionado, se disminuye la cantidad de residuos en el dorso de la lengua y en hipofarínge y favorece la apertura de EES.^{23'26}

● Alimentación con sonda.

De parte de enfermería se puede ofrecer los cuidados a los pacientes con sonda. Principalmente modificación postural, para prevenir aspiraciones y después de alimentación dejar al paciente sentado un tiempo con ángulo de 90 °, con el mismo objetivo de evitar aspiración de los alimentos, en caso de vaciado gástrico lento.

Sin embargo, el uso de sondas nasogástricas de alimentación según la información analizada en los artículos de esta revisión bibliográfica, no es aconsejable como una medida terapéutica para un periodo largo y permanente.

No hay ninguna evidencia científica, que confirma mejora de la calidad de vida de paciente con sonda nasogástrica por la incomodidad propia para el paciente, por presencia de conductas de agitación, sobre todo en los pacientes con deterioro cognitivo.¹³ Además, no protege de las aspiraciones, no alarga la vida del paciente,

no previene colonización de las secreciones orales, no restablece los parámetros nutricionales.^{5'10}

9. Conclusiones.

Después de la indagación de toda la información obtenida con esta revisión bibliográfica, hemos concluido los puntos más relevantes para las intervenciones y diagnósticos de enfermería en un centro socio-sanitario respecto a la disfagia orofaríngea funcional:

1. Formación de personal y sensibilización sobre el problema a todo el equipo multidisciplinar.

Formación de personal que realiza los cuidados diarios. Concienciar sobre la importancia de una detección precoz de disfagia orofaríngea, explicando la anatomía y fisiología de la deglución, describiendo sus manifestaciones clínicas, signos, factores de riesgo, enseñando las técnicas de alimentación y modificaciones posturales.

Proponer el registro diario de las incidencias de ingesta, para tener constancia de evolución de este síntoma.

Llamamiento a todo el equipo multidisciplinar para que se preste una atención especial a los usuarios con disfagia o con sospecha de ello, para elaborar un conjunto de estrategias terapéuticas destinadas a garantizar una deglución eficaz y segura al paciente, con el objetivo de prevenir complicaciones y evitar instauración de sondas nasogástricas de alimentación.

2. Conocimiento de la Historia Clínica.

Revisión de la historia clínica, haciendo hincapié a las patologías previas, así como los factores de riesgo para desarrollar la disfagia orofaríngea.

Revisión de historia clínica prestando atención a los episodios de atragantamientos, frecuencia de infecciones respiratorias, junto con patologías previas.

3. Aplicación rutinaria del método clínico de detección temprana de la disfagia orofaríngea.

Después de identificar las personas con disfagia ya diagnosticada o con sospechas de tenerla, se aplica el método de detección temprana de disfagia orofaríngea, MECV-V.

Es de mucha importancia, que se establezca éste método de detección como una rutina programada en un centro geriátrico. Por su aplicación fácil, apto para todos los estadios de disfagia, deterioro cognitivo de cualquier persona y accesible por su coste económico y permite determinar la viscosidad y cantidad de bolo que puede ofrecer a cada paciente individualmente.

4. Establecimiento de pautas de los cuidados.

Una vez detectada la forma de alimentar e hidratar a cada persona con DO, en relación de viscosidad y volumen de bolo se registra en la historia clínica y las pautas concluidas para cada persona con DO, en individual se hace llegar a todo el personal, en caso necesario, una vez impreso, se deja a la vista e incluida en la historia clínica.

5. Otros.

Tener en cuenta, que el uso de sondas de alimentación se puede emplear como una media provisional y como último recurso, cuando todos los métodos existentes para el abordaje de la disfagia no han proporcionado ningún beneficio.

10. Anexos.



EAT-10: Eating Assessment Tool Despistaje de la Disfagia

FECHA

APELLIDOS

NOMBRE

SEXO

EDAD

OBJETIVO

El EAT-10 le ayuda a conocer su dificultad para tragar.
Puede ser importante que hable con su médico sobre las opciones de tratamiento para sus síntomas.

A. INSTRUCCIONES

Responda cada pregunta escribiendo en el recuadro el número de puntos.
¿Hasta que punto usted percibe los siguientes problemas?

1 Mi problema para tragar me ha llevado a perder peso

0 = ningún problema

1

2

3

4 = es un problema serio

2 Mi problema para tragar interfiere con mi capacidad para comer fuera de casa

0 = ningún problema

1

2

3

4 = es un problema serio

3 Tragar líquidos me supone un esfuerzo extra

0 = ningún problema

1

2

3

4 = es un problema serio

4 Tragar sólidos me supone un esfuerzo extra

0 = ningún problema

1

2

3

4 = es un problema serio

5 Tragar pastillas me supone un esfuerzo extra

0 = ningún problema

1

2

3

4 = es un problema serio

6 Tragar es doloroso

0 = ningún problema

1

2

3

4 = es un problema serio

7 El placer de comer se ve afectado por mi problema para tragar

0 = ningún problema

1

2

3

4 = es un problema serio

8 Cuando trago, la comida se pega en mi garganta

0 = ningún problema

1

2

3

4 = es un problema serio

9 Toso cuando como

0 = ningún problema

1

2

3

4 = es un problema serio

10 Tragar es estresante

0 = ningún problema

1

2

3

4 = es un problema serio

A. PUNTUACIÓN

Sume el número de puntos y escriba la puntuación total en los recuadros.

Puntuación total (máximo 40 puntos)

C. QUÉ HACER AHORA

Si la puntuación total que obtuvo es mayor o igual a 3, usted puede presentar problemas para tragar de manera eficaz y segura. Le recomendamos que comparta los resultados del EAT-10 con su médico.

Referencia: Belafsky et al. Validity and Reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10). Annals of Otolaryngology & Laryngology. 2008; 117 (12):919-24.

11. Bibliografía.

1. Instituto Nacional de Estadística. Proyecciones de Población. 2016-2066. Nota de prensa de 20.10.2016. Consultado 12.02.2017. Disponible: http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operación.htm?c=Estadística_C&cid=1254736176953&menu=ultiDatos&idp=1254735572981
2. Instituto Nacional de Estadística. Censo de población 2011. Nota de prensa de 07.05.2013 Consultado 12.02.2017 Disponible:(http://www.ine.es/censos2011_datos/cen11_datos_características_col.htm)
3. Ferrero López MI, Botella Trelis JJ. Manejo de la disfagia en el anciano institucionalizado: Situación actual. Vol. 17, Nutrición Hospitalaria. 2005. p. 168–74.
4. Clavé P. Oropharyngeal dysphagia in the elderly. Rev Esp Geriatr Gerontol . 47(4):139–40.
5. Barroso J. Disfagia orofaríngea y broncoaspiración. Vol. 44, Revista Española de Geriatria y Gerontologia. 2009. p. 22–8.
6. Velasco M, García-Peris y P. Causas y diagnóstico de la disfagia. Nutr Hosp. 2009; 2(2) (1888–7961):56–65.
7. Ponce M, Garrigues V, Ortiz V. Trastornos de la deglución: un reto para el gastroenterólogo. Gastoenterologia y Hepatologia. 2007; 30(8):487–97.
8. Clavé P, Albert Verdager, Arreola. V. Disfagia orofaríngea en el anciano. Med Clin (Barc). 2006; 16(19):37–41
9. Jiménez-Rojas, C., Corregidor-Sánchez, A. I. Gutiérrez-Bezón. Disfagia. 2007. Tratado de geriatría para residentes. Cap, 53, 290-293.
10. L Lamborda González PGE. Tratamiento nutricional de la disfagia orofaríngea. Rev. Endocrinol y Nutr. 2006; 53(tabla 1):309–14.

11. Fernández-Bofill T de la H, Heras JLH de las, Sandino Nuria Beatriz Llamas. Prevalencia de disfagia orofaríngea en pacientes mayores de 65 años. *Metas de enfermería* 2015; 118(9):49–55.
12. Ramritu p, Finlayson K, Mitchell A, Croft G , original traducida al castellano por:Marta Susana Torres . Identificación y manejo de la disfagia en adultos con afectación neurológica. *Best Pract.* 2005; 4(2):1–6.
13. Gomez-Busto F, Andia V, Ruiz de Alegria L, Francis I. Abordaje de la disfagia en la demencia avanzada. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2009;44(SUPPL. 2):29–36.
14. Ferrero López MI, García Gollarte JF, Botella Trelis JJ, Juan Vidal O. Detección de disfagia en mayores institucionalizados. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2012;47(4):143–7.
15. Irlés Rocamora JA, Sánchez-Duque MJ, Valle Galindo PB de, Bernal López E, Fernández Palacín A, Almeida González C, et al. Estudio de prevalencia de disfagia e intervención con consejo dietético, en residencias de mayores de Sevilla. *Nutr Hosp* 2009.
16. Torres C Mj, Vázquez PM, Parellada SA, Gonzalez AMe. Disfagia en ancianos que viven en residencias geriátricas de Barcelona. *Gerokomos* 2011;22(1):20–4.
17. Torres OH, Gil E, Pacho C, Ruiz D. Actualización de la neumonía en el anciano. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2013;48(2):72–8.
18. Clavé P, Terré R, Kraa M De, Serra M. Actitud a seguir ante una disfagia orofaríngea. *Rev Española de Enfermería. Digit.* 2005;96(2):119–31.
19. González DL, González JLL, Guerrero MJL. Plan De Cuidados De Enfermería En Pacientes Geriátricos Con Disfagia. *Enfermería Glob* 2004;3(1):1–7.
20. 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.
21. Clavé P, Arreola V, Velasco M, Quer M, Maria J, Almirall J. Diagnóstico y tratamiento de la disfagia orofaríngea funcional . Aspectos de interés para el cirujano digestivo. *Cir Española.* 2007;82(2):62–76.

22. Pelaez. MVS. Disfagia orofaríngea en el anciano hospitalizado : prevalencia , métodos diagnósticos y cuidados de enfermería. Nuberos Cient. 2015;2(15):49–56.
23. Campos CM, Juana María Rabat Restrepo. Alimentación de las personas con disfagia. Soc Andaluza Nutr Clínica y Dietética. 2010.
24. Velasco MM, Arreola V, Clavé P, Puiggrós C. Abordaje clínico de la disfagia orofaríngea: diagnóstico y tratamiento. Nutr Clínica en Med.. 2007;1(3):174–202.
25. Aragón, A.; Florez, C.I.; Galván, J.; López, J.; Naz, R.; Pérez, I.M.; Romero A. Cuidados en la disfagia y prevención de la aspiración. Man Protoc y Pprocedimientos Gen Eenfermería Hosp Universitario “REINA SOFIA.” 2010;1–7.
26. Meteny. NA. Cómo prevenir la aspiración en los adultos mayores con disfagia. Hartford Inst Geriatr Nursing, Coll Nursing, New York Univ. 2007;20.
27. Ortega Fernández O. Estudio de la microbiota oral y de las complicaciones respiratorias de la disfagia orofaríngea: fisiopatología, diagnóstico y tratamiento de los factores de riesgo de la disfagia orofaríngea y la neumonía aspirativa en pacientes de edad avanzada . Tesis Doctoral. Universitat Autònoma de Barcelona; 2016