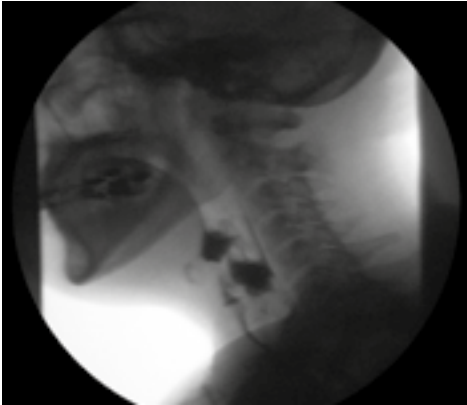




Diagnóstico y tratamiento del paciente con disfagia orofaríngea en el Hospital Universitario Nacional de Colombia



Bogotá, Colombia · 2023

Estándar clínico
basado en la evidencia

Estándar clínico

basado en la evidencia:

diagnóstico y tratamiento del paciente
con disfagia orofaríngea en el Hospital
Universitario Nacional de Colombia

Catalogación en la publicación Universidad Nacional de Colombia

Estándar clínico basado en la evidencia : diagnóstico y tratamiento del paciente con disfagia orofaríngea en el Hospital Universitario Nacional de Colombia / [Lida Johana González Avella [y otros quince]]. -- Primera edición. -- Bogotá : Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Medicina. Instituto de Investigaciones Clínicas, Hospital Universitario Nacional de Colombia, Centro Editorial Facultad de Medicina, 2023

1 CD-ROM (114 páginas) : ilustraciones (algunas a color), diagramas, fotografías. -- (Colección Coediciones) Incluye referencias bibliográficas al final de algunos capítulos e índice analítico

ISBN 978-958-505-277-2 (epub). -- ISBN 978-958-505-278-9 (impresión bajo demanda)

1. Hospital Universitario Nacional de Colombia (Bogotá) -- Atención médica -- Investigaciones 2. Trastornos de la deglución -- Diagnóstico 3. Trastornos de la deglución -- Terapia 4. Medicina basada en datos científicos 5. Diagnóstico clínico 6. Asistencia al paciente 7. Atención hospitalaria I. González Avella, Lida Johana II. Serie

CDD-23 616.323 / 2023 NLM- WI258

Estándar clínico basado en la evidencia: diagnóstico y tratamiento del paciente con disfagia orofaríngea en el Hospital Universitario Nacional de Colombia

© Universidad Nacional de Colombia - Sede Bogotá - Facultad de Medicina

© Hospital Universitario Nacional de Colombia

Primera edición, marzo 2023

ISBN: 978-958-505-277-2 (e-book)

ISBN: 978-958-505-278-9 (impresión bajo demanda)

Facultad de Medicina

Decano

José Fernando Galván Villamarín

Vicedecano de Investigación y Extensión

Giancarlo Buitrago Gutiérrez

Vicedecano Académico

Arturo José Parada Baños

Coordinadora Centro Editorial

Vivian Marcela Molano Soto

Preparación editorial

Centro Editorial Facultad de Medicina

upublic_fmbog@unal.edu.co

Diagramación

Óscar Gómez Franco

Colección

Coediciones

Fotografías de carátula e internas

Hospital Universitario Nacional de Colombia

Corrección de estilo

Cristhian López León y Simón Balsero Delgado

Corrección ortotipográfica

Simón Balsero Delgado

Hecho en Bogotá, D. C., Colombia, 2023

Todas las figuras y tablas de esta obra son propiedad de los autores, salvo cuando se indique lo contrario.

Prohibida la reproducción total o parcial por cualquier medio sin la autorización escrita del titular de los derechos patrimoniales.

Los conceptos emitidos son responsabilidad de los autores y no comprometen el criterio del Centro Editorial ni de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia.

Estándar clínico basado en la evidencia:
diagnóstico y tratamiento del paciente con disfagia
orofaríngea en el Hospital Universitario Nacional de Colombia

Hospital Universitario Nacional de Colombia
Dirección de Investigación e Innovación
Proceso de Atención en Cirugía
Proceso de Atención en Hospitalización
Proceso de Atención en Programas Especiales
Proceso de Atención en Radiología e Imágenes Diagnósticas
Proceso de Atención en Rehabilitación y Desarrollo Humano
Servicio de Nutrición

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Medicina
Instituto de Investigaciones Clínicas
Departamento de la Comunicación Humana
Departamento de Cirugía
Departamento de Radiología e Imágenes Diagnósticas
Facultad de Enfermería
Departamento de Salud de Colectivos

Diseño
Daniela Martínez Díaz
Diagramación
Óscar Gómez Franco
Proceso de Gestión de las Comunicaciones
Hospital Universitario Nacional de Colombia

Primera edición
Bogotá, Colombia



AUTORES

AUTORES

Lida Johana González Avella

Fonoaudióloga y estudiante de la maestría en Morfología Humana. Fonoaudióloga del proceso de Atención en Rehabilitación y Desarrollo Humano del Hospital Universitario Nacional de Colombia. Profesora *Ad honorem* de la Universidad Nacional de Colombia.

Nicolás Castillo Triana

Fonoaudiólogo y magíster en Neurociencias. Docente de tiempo completo de la Corporación Universitaria Iberoamericana.

Juan Sebastián Alméjiga Herrera

Enfermero y magíster en Salud Mental y Psiquiatría. Profesor adjunto de la Universidad Nacional de Colombia y profesor hora cátedra de la Universidad del Rosario.

Lida Marcela Caicedo Torres

Nutricionista dietista y magíster en Fisiología. Nutricionista clínica en el Servicio de Nutrición y Dietética del Hospital Universitario Nacional de Colombia.

Julieth Andrea Calderón Prieto

Nutricionista dietista y especialista en Administración en Salud Pública. Nutricionista clínica del Hospital Universitario Nacional de Colombia y nutricionista clínica de la IPS Bienaventuranza.

Judith Esmedy Martín Peña

Nutricionista dietista y especialista en Nutrición Clínica. Nutricionista clínica en el Servicio de Nutrición y Dietética del Hospital Universitario Nacional de Colombia.

William Otero

Doctor en Medicina y especialista en Medicina Interna y en Gastroenterología. Profesor titular de la Universidad Nacional de Colombia. Médico especialista en Gastroenterología del Hospital Universitario Nacional de Colombia.

Alberto Peña Valenzuela (q. e. p. d)

Doctor en Medicina y especialista en Otorrinolaringología. Profesor asociado de la Universidad Nacional de Colombia. Coordinador de la Unidad Médico Especialista en Otorrinolaringología del Hospital Universitario Nacional de Colombia.

Ana Helena Puerto Guerrero

Licenciada en Enfermería, magíster en Salud Pública y magíster en Educación. Profesora asociada de la Universidad Nacional de Colombia y directora del Departamento de Salud de Colectivos de la Universidad Nacional de Colombia.

Juan Sebastián Ojeda

Médico general y especialista en Radiología e Imágenes Diagnósticas. Médico radiólogo del Instituto Nacional de Cancerología.

Rosa Lucía Rodríguez Díaz

Nutricionista dietista. Nutricionista clínica en el Servicio de Nutrición y Dietética del Hospital Universitario Nacional de Colombia.

César Camilo Rubiano López

Enfermero y especialista en Cuidado Crítico en el Adulto y especialista en Auditoría de la Calidad en Salud con énfasis en Epidemiología. Coordinador de enfermería del Servicio de Atención en Cuidado Crítico del Hospital Universitario Nacional de Colombia y Miembro de la Asociación Colombiana de Cuidado Intensivo.

Oscar Fernando Ruiz Morales

Médico general, especialista en Medicina Interna, subespecialista en Gastroenterología y especialista en Ecoendoscopia. Profesor *Ad honorem* de la Universidad Nacional de Colombia. Médico especialista en gastroenterología del Servicio de Gastroenterología del Hospital Universitario Nacional de Colombia y médico especialista en Gastroenterología, Servicio de Gastroenterología de la Clínica Versalles (Cali).

10 |

Javier Amaya-Nieto

Médico y cirujano y candidato a magíster en Epidemiología Clínica. Investigador del Instituto de Investigaciones Clínicas de la Universidad Nacional de Colombia.

Paula González-Caicedo

Fisioterapeuta y estudiante de segundo año de la maestría en Epidemiología Clínica. Metodóloga de investigación de la Dirección de Investigación e Innovación del Hospital Universitario Nacional de Colombia.

Giancarlo Buitrago Gutiérrez

Médico cirujano, magíster en Economía, magíster en Epidemiología Clínica y doctor en Economía. Profesor asociado de la Universidad Nacional de Colombia. Vicedecano de Investigación y Extensión de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia y director de Investigación e Innovación del Hospital Universitario Nacional de Colombia.

HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA

- **Oscar Alonso Dueñas Granados:** director general del Hospital Universitario Nacional de Colombia.

Comité de estándares clínicos

- **José Guillermo Ruiz Rodríguez:** director científico del Hospital Universitario Nacional de Colombia.
- **José Ricardo Navarro Vargas:** decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia.
- **José Fernando Galván Villamarín:** vicedecano académico de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia.
- **Javier Hernando Eslava Schmalbach:** vicedecano de Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia.
- **Dairo Javier Marín Zuluaga:** decano de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia.
- **Gloria Mabel Carrillo González:** decana de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia.
- **Análida Elizabeth Pinilla Roa:** directora de Educación y Gestión del Conocimiento del Hospital Universitario Nacional de Colombia.
- **Giancarlo Buitrago Gutiérrez:** director de Investigación e Innovación del Hospital Universitario Nacional de Colombia.
- **Jairo Antonio Pérez Cely:** director de Cuidado Crítico del Hospital Universitario Nacional de Colombia.
- **Sugeich del Mar Meléndez Rhenals:** directora de Medicina Interna del Hospital Universitario Nacional de Colombia.
- **Rubén Ernesto Caycedo Beltrán:** director de Clínicas Quirúrgicas del Hospital Universitario Nacional de Colombia.
- **Alfonso Javier Lozano Valcárcel:** director de Imágenes Diagnósticas del Hospital Universitario Nacional de Colombia.
- **Liliana Akli Serpa:** directora de Rehabilitación y Desarrollo Humano del Hospital Universitario Nacional de Colombia.
- **Ángel Yobany Sánchez Merchán:** director de Laboratorio Clínico y Patología del Hospital Universitario Nacional de Colombia.
- **Jorge Augusto Díaz Rojas:** director de Servicio Farmacéutico del Hospital Universitario Nacional de Colombia.
- **Alix Constanza Rojas Escamilla:** directora de Calidad del Hospital Universitario Nacional de Colombia.
- **Ana Helena Puerto Guerrero (2020-2022):** directora de Enfermería del Hospital Universitario Nacional de Colombia.
- **Yanira Astrid Rodríguez Holguín (2022-actual):** directora de Enfermería del Hospital Universitario Nacional de Colombia

Equipo asesor metodológico

- **Rodrigo Pardo Turriago:** profesor titular del Departamento de Medicina Interna e Instituto de Investigaciones Clínicas de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia.
- **Hernando Guillermo Gaitán Duarte:** profesor titular del Departamento de Obstetricia y Ginecología e Instituto de Investigaciones Clínicas de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia.
- **Anamaria Vargas Cáceres:** ingeniera industrial y analista sénior de investigación de la Dirección de Investigación e Innovación del Hospital Universitario Nacional de Colombia.

CONTRIBUCIONES DE LOS AUTORES

- **Coordinación clínica:** Lida Johana González Avella y Nicolás Castillo Triana.
- **Coordinación metodológica:** Javier Amaya-Nieto, Paula González-Caicedo y Giancarlo Buitrago.
- **Definición de alcance y objetivos:** Lida Johana González Avella, Nicolás Castillo Triana, Javier Amaya-Nieto y Paula González-Caicedo.
- **Revisión sistemática de guías de práctica clínica:** Lida Johana González Avella, Nicolás Castillo Triana, Javier Amaya-Nieto y Paula González-Caicedo.
- **Algoritmo clínico preliminar:** Lida Johana González Avella, Nicolás Castillo Triana, Javier Amaya-Nieto, Paula González-Caicedo, Giancarlo Buitrago, Rosa Lucía Rodríguez Díaz, Lida Marcela Caicedo Torres, Julieth Andrea Calderón Prieto, César Camilo Rubiano Pérez, Juan Sebastián Alméjiga Herrera, William Otero, Oscar Fernando Ruiz Morales y Anamaría Vargas Cáceres.
- **Acuerdo interdisciplinario:** Lida Johana González Avella, Nicolás Castillo Triana, Alberto Peña Valenzuela, Ana Helena Puerto Guerrero, Oscar Fernando Ruiz Morales, Judith Esmedy Martín Peña y Juan Sebastián Ojeda.
- **Algoritmo clínico final:** Lida Johana González Avella, Nicolás Castillo Triana, Javier Amaya-Nieto, Paula González-Caicedo y Anamaría Vargas Cáceres.
- **Revisión y edición:** Lida Johana González Avella, Nicolás Castillo Triana, Rodrigo Pardo Turriago, Javier Amaya-Nieto, Paula González-Caicedo, Anamaría Vargas Cáceres, Romar Baquero Galvis y Giancarlo Buitrago.
- **Seguimiento del proceso:** Comité de Estándares Clínicos.

A circular, grayscale X-ray image of a human spine, viewed from the side. The vertebrae are clearly visible, showing the bony structure and the spaces between them. The image is partially obscured by a dark blue rectangular overlay on the left side.

TABLA DE CONTENIDO

R

Abreviaturas	19
Introducción	21
Alcance y objetivos	23
Metodología	27
Diagramas de flujo y puntos de control	33
Implementación del estándar clínico basado en la evidencia y evaluación de la adherencia	59
Impacto esperado del estándar clínico basado en la evidencia	63
Actualización del estándar clínico basado en la evidencia	67
Glosario	71
Referencias	75
Anexos	81
Índice Analítico	113

ÍNDICES

Índice de tablas

- 31 **Tabla 1.** Guías de práctica clínica identificadas en la búsqueda de la literatura que cumplieron con los criterios de elegibilidad para el desarrollo del estándar clínico basado en la evidencia.
- 45 **Tabla 2.** Rendimiento diagnóstico de las pruebas instrumentales Protección de la vía aérea, *Blue dye test* y Evaluación endoscópica de la deglución.
- 52 **Tabla 3.** Intervenciones específicas para el ajuste/modificación de la fisiología deglutoria.
- 53 **Tabla 4.** Intervenciones específicas relativas a maniobras compensatorias o ajustes postulares.
- 57 **Tabla 5.** Indicadores propuestos para la medición de los puntos de control.

Índice de figuras

- 29 **Figura 1.** Metodología del proceso secuencial de desarrollo del estándar clínico basado en la evidencia para el diagnóstico y tratamiento de los pacientes con disfagia orofaríngea en el Hospital Universitario de Colombia.
- 35 **Figura 2.** Diagrama de flujo para el diagnóstico y tratamiento de los pacientes adultos con disfagia orofaríngea en el Hospital Universitario de Colombia.
- 36 **Figura 3.** Sección 1 del diagrama de flujo: evaluación clínica de la deglución.
- 42 **Figura 4.** Sección 2 del diagrama de flujo: evaluación instrumental de la deglución.
- 47 **Figura 5.** Sección 3 del diagrama de flujo: definición de la vía de alimentación en el paciente con disfagia orofaríngea.
- 51 **Figura 6.** Sección 4 del diagrama de flujo: rehabilitación del paciente con disfagia orofaríngea.

ABREVIATURAS

AGREE	Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation Instrument
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
CEBM	The Centre for Evidence-Based Medicine
CIE-10	Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Revisión
CUPS	Clasificación única de procedimientos en salud
DO	Disfagia orofaríngea
DOSS	Dysphagia Outcome Severity Scale (Escala de severidad de la disfagia)
ECBE	Estándar clínico basado en la evidencia
FEES	Fiberoptic Endoscopic Examination of Swallowing (Evaluación endoscópica de la deglución)
FOIS	Functional Oral Intake Scale (Escala funcional de ingesta oral)
GIN	Guidelines International Network
GPC	Guía de práctica clínica
GRADE	Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluations
GSN	German Society of Neurology (Sociedad Alemana de Neurología)
NHMRC	National Health and Medical Research Council
HUN	Hospital Universitario Nacional de Colombia
IETS	Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud
IMSS	Institutos Mexicanos del Seguro Social
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAS	Penetration Aspiration Scale (Escala de penetración-aspiración)
SIGN	Scottish Intercollegiate Guidelines Network
UCI	Unidad de Cuidado intensivo
VO	Vía oral
WHOLIS	Sistema de Información de la Biblioteca de la Organización Mundial de la Salud

PREFACIO

La medicina moderna utiliza como pilar fundamental la medicina basada en la evidencia. Esta estrategia hace uso de la mejor disponible, la evaluación crítica de la misma, la experiencia clínica, las perspectivas y valores de los pacientes, con el fin de generar recomendaciones en las distintas instancias del proceso de atención (diagnóstico, tratamiento y rehabilitación) para diferentes eventos de interés en salud. Lo anterior desde una matriz de priorización que atienda las necesidades de los pacientes, los prestadores y las instituciones que brindan servicios. El objetivo final es brindar atención de calidad desde un ámbito de equidad y racionalidad financiera.

Las recomendaciones basadas en la evidencia pueden plasmarse en diferentes tipos de documentos, como guías de práctica clínica (GPC), protocolos, procedimientos, manuales, instructivos, entre otros, cada uno con finalidades y aplicaciones diferentes. Las GPC son usadas por el personal de salud para consultar las mejores recomendaciones para la atención de los pacientes y, aunque las GPC se desarrollan con altos estándares de calidad, estas recomendaciones deben implementarse mediante procedimientos sistemáticos que consideren las especificidades de las organizaciones y los fines que se busquen. Las recomendaciones buscan llevar a los pacientes las mejores opciones a partir de la información disponible, considerando la flexibilidad y la excepción, cuando ella cabe.

20 |

El Hospital Universitario Nacional de Colombia ha venido trabajando, en colaboración con la Universidad Nacional de Colombia y el Instituto de Investigaciones Clínicas de la Universidad Nacional de Colombia, en el desarrollo de un proceso que busca estandarizar la atención en salud, teniendo en cuenta la mejor evidencia, los recursos disponibles y la interdisciplinariedad, con el propósito de generar un abordaje integral que mejore los desenlaces de los pacientes y optimice el uso de los recursos a nivel hospitalario. El proceso se denomina *Estándares Clínicos Basados en Evidencia (ECBE)*. En este documento, se presenta el ECBE relacionado con disfagia orofaríngea, que forma parte de la serie del mismo nombre, que incluye las condiciones o enfermedades de mayor carga para el Hospital Universitario Nacional de Colombia. Este documento es el resultado del trabajo conjunto del equipo clínico y metodológico de las instituciones participantes y es un aporte al mejoramiento de la atención en salud.

Hacer medicina basada en la evidencia es lo nuestro.

INTRODUCCIÓN

La DO es un trastorno de las fases preparatoria, oral o faríngea de la deglución (1), cuyas manifestaciones clínicas incluyen escape de alimentos de la cavidad oral, dificultad para masticar, retención prolongada de los alimentos en la cavidad oral, presencia de residuos intraorales de alimentos después de haberse completado las fases de la deglución, deglución incompleta con sensación de residuo de alimento en la faringe, mayor esfuerzo para pasar los alimentos, tos durante o después de la ingesta de alimentos/líquidos o cambios postingesta en la cualidad vocal (2).

Por lo general, la DO es causada por accidentes cerebrovasculares, enfermedades neurodegenerativas, cáncer de cabeza y cuello, uso de métodos de respiración artificial (3-8), aunque también se han descrito otras causas como la edad avanzada y traumatismos raquímedulares (9). Los pacientes con este trastorno tienen un mayor riesgo de desnutrición, deshidratación o neumonía por aspiración, ya que no pueden ingerir alimentos de forma segura y/o eficiente (10).

Se ha reportado que la prevalencia de DO en pacientes hospitalizados varía entre 25.3 % (11) y 30.7 % (12), y que en aquellos admitidos de urgencia a la unidad de cuidado intensivo (UCI) es de 18.3 % (13). Además, se ha descrito que en pacientes en UCI, la prevalencia de la disfagia postextubación es de hasta el 80 % (14). Por ejemplo, en el contexto de la actual pandemia, varios estudios reportan que la disfagia postextubación fue una complicación frecuente en pacientes con COVID-19 admitidos a la UCI (entre aproximadamente 30 % y 90 % de los casos) (15,16).

Igualmente, la DO representa una alta carga tanto para el paciente y su familia como para los hospitales y los sistemas de salud, ya que conlleva el desarrollo de complicaciones asociadas, como el retraso en la restauración de la tolerancia a la administración oral de alimentos/líquidos y la consecuente necesidad de usar de vías alternas de alimentación, la prolongación de la estancia en la UCI/sala general hospitalización y una mayor morbilidad (17-19). La DO puede ser tratada mediante diversas estrategias terapéuticas, ya sea rehabilitadoras o compensatorias, que buscan aumentar la eficiencia y seguridad de la deglución de estos pacientes (3). Uno de los beneficios más importantes del tratamiento de la DO es el restablecimiento de la vía oral (VO) en pacientes dependientes de una vía alterna de alimentación y/o el aumento en su ingesta por vía oral (15,18,20,21).

En el del Hospital Universitario Nacional de Colombia (HUN), la DO es uno de los principales motivos de interconsulta con el Servicio de Fonoaudiología, el cual está a cargo del diagnóstico y tratamiento de estos pacientes en el hospital. De acuerdo con las cifras reportadas por este servicio, anualmente se atienden aproximadamente a 2500 pacientes; en este sentido, entre enero y octubre de 2021, 2366 personas fueron diagnosticadas con esta condición

(un promedio mensual de 266). Además del Servicio de Fonoaudiología, la atención integral de estos pacientes en el HUN involucra los servicios/áreas asistenciales de gastroenterología, nutrición y dietética, radiología e imágenes diagnósticas, cirugía de cabeza y cuello, enfermería y otorrinolaringología, por lo que estandarizar el diagnóstico y tratamiento de estos pacientes en el hospital es de gran relevancia.

Teniendo en cuenta lo anterior, el objetivo de este ECBE es generar recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible (presentadas mediante un diagrama de flujo) relativas al diagnóstico y tratamiento de pacientes adultos con DO y, de esta forma, disminuir la variabilidad en la atención de estos pacientes en el HUN, así como proporcionar directrices que optimicen la calidad de la atención en salud brindada a esta población y, en consecuencia, mejorar su calidad de vida.



ALCANCE Y OBJETIVOS

ALCANCE

El presente ECBE busca elaborar, con base en la mejor evidencia disponible, un algoritmo clínico del diagnóstico y tratamiento de pacientes adultos (incluyendo adultos mayores) atendidos en el servicio de hospitalización (sala general o UCI) del HUN y que tengan o que estén en riesgo de desarrollar un trastorno de la deglución tipo DO.

Las recomendaciones contenidas en este ECBE están dirigidas a los profesionales de la salud involucrados en la atención integral de pacientes adultos con DO en el HUN, a saber: fonoaudiólogos, nutricionistas clínicos, otorrinolaringólogos, radiólogos, gastroenterólogos y enfermeros, así como el resto de los profesionales de la salud involucrados en la identificación y remisión de estos pacientes.

El ECBE también podrá ser utilizado por docentes y estudiantes de ciencias de la salud (pregrado y posgrado) de la Universidad Nacional de Colombia, que se encuentren realizando sus prácticas clínicas en el HUN y estén involucrados en la atención de estos pacientes, así como por el personal asistencial y/o administrativo de la institución responsable de tomar decisiones relativas al abordaje integral de esta población. Este ECBE no incluye recomendaciones para población pediátrica (<18 años).

OBJETIVOS

Estos se dividen en general y específicos, como se detalla a continuación.

Objetivo general

Identificar las indicaciones para el diagnóstico y tratamiento integral de los pacientes adultos con DO atendidos en el HUN mediante el desarrollo de un ECBE.

Objetivos específicos

- Identificar las áreas asistenciales del HUN involucradas en el diagnóstico y tratamiento integral de pacientes adultos con DO.
- Identificar recomendaciones basadas en la evidencia para el diagnóstico y tratamiento integral de pacientes adultos con DO.
- Generar un consenso entre las áreas asistenciales involucradas respecto al diagnóstico y tratamiento integral de pacientes adultos con DO en el HUN.
- Elaborar un algoritmo clínico para el diagnóstico y tratamiento integral de los pacientes adultos con DO atendidos en el HUN.
- Identificar puntos de control para la implementación y evaluación del ECBE.
- Presentar los lineamientos para la difusión e implementación del ECBE.



METODOLOGÍA

El ECBE se desarrolló mediante un proceso secuencial de siete fases: 1) conformación del grupo desarrollador; 2) definición del alcance y los objetivos del ECBE; 3) revisión sistemática de GPC; 4) elaboración del algoritmo preliminar; 5) desarrollo de un acuerdo interdisciplinario; 6) elaboración del algoritmo final, y 7) revisión y edición del ECBE (figura 1).



Figura 1. Metodología del proceso secuencial de desarrollo del estándar clínico basado en la evidencia para el diagnóstico y tratamiento de los pacientes con disfagia orofaríngea en el Hospital Universitario de Colombia.

El grupo desarrollador del ECBE lo conformaron expertos en fonoaudiología y en epidemiología clínica. Todos los miembros diligenciaron los formatos de divulgación de conflictos de intereses. Una vez constituido, el grupo interdisciplinario estableció los objetivos y alcance del ECBE. En la etapa de revisión de la literatura se efectuaron búsquedas sistemáticas en diferentes bases de datos (Medline, Embase y LILACS) y organismos desarrolladores y compiladores de GPC usando lenguaje controlado para identificar las GPC que respondieran al objetivo y alcance planteados. Ver el anexo 1 para más información sobre las estrategias de búsqueda.

El proceso de tamización y selección de la evidencia se desarrolló teniendo en cuenta los siguientes criterios de elegibilidad establecidos por el grupo desarrollador:

Criterios de inclusión

- GPC sobre el diagnóstico y/o tratamiento de la DO en población adulta.
- GPC publicadas en inglés o español y con acceso a texto completo.
- GPC publicadas en los últimos 10 años.
- GPC con una evaluación global de la calidad mayor a seis según el instrumento AGREE-II o con un puntaje mayor a 60 % en los dominios de rigor metodológico e independencia editorial

Criterios de exclusión

- GPC sobre el diagnóstico y tratamiento de la disfagia esofágica.
- GPC sobre el diagnóstico y tratamiento de la DO en población pediátrica.

La tamización de la evidencia se realizó mediante la revisión del título, resumen y texto completo de los documentos identificados en las búsquedas sistemáticas. Este proceso se llevó a cabo de manera independiente por dos miembros del grupo desarrollador; las discrepancias fueron resueltas por un tercer integrante. La calidad de las GPC seleccionadas se evaluó de manera independiente por dos integrantes del grupo desarrollador (un experto clínico y un experto metodológico), para lo cual se utilizó el instrumento AGREE-II (34).

El proceso de tamización y selección de las GPC se resume en el diagrama PRISMA (anexo 2). Finalmente, después de aplicar los criterios de elegibilidad se incluyeron los documentos presentados en la tabla 1. Para más información sobre las búsquedas sistemáticas de la literatura realizadas, ver el anexo 1 y el anexo 3.

Tabla 1. Guías de práctica clínica identificadas en la búsqueda de la literatura que cumplieron con los criterios de elegibilidad para el desarrollo del estándar clínico basado en la evidencia.


Id	Nombre de la GPC	Grupo desarrollador	País	Idioma	Año	Reporte AGREE II		
						Rigor metodológico	Independencia editorial	Calidad global
GPC1	Systematic review and evidence-based recommendations on texture modified foods and thickened liquids for adults (above 17 years) with oropharyngeal dysphagia - An updated clinical guideline (23).	Danish Centre for Clinical Guidelines - Danish National Clearinghouse	Dinamarca	Inglés	2018	75 %	100 %	7
GPC2	Effect of Bolus Viscosity on the Safety and Efficacy of Swallowing and the Kinematics of the Swallow Response in Patients with Oropharyngeal Dysphagia: White Paper by the European Society for Swallowing Disorders (ESSD) (24).	European Society for Swallowing Disorders	España	Inglés	2016	66.7 %	100 %	5
GPC3	Diagnosis and treatment of neurogenic dysphagia – S1 guideline of the German Society of Neurology (25).	German Society of Neurology	Alemania	Inglés	2021	64.6 %	100 %	7
GPC4	Swallowing dysfunction in head and neck cancer patients treated by radiotherapy: review and recommendations of the supportive task group of the Italian Association of Radiation Oncology (26).	Italian Association of Radiation Oncology	Italia	Inglés	2012	72.9 %	100 %	7

*GPC: guía de práctica clínica.

En cuanto a la elaboración de la propuesta preliminar del ECBE, en primer lugar se elaboró la tabla de extracción de información usando un sistema de dominios (explicado en el anexo 4). En segundo lugar, se extrajo la evidencia contenida en las GPC seleccionadas (los niveles de evidencia y grados de recomendación utilizados por cada una de las GPC seleccionadas se encuentran en el anexo 4). Finalmente, se identificaron las áreas asistenciales del HUN involucradas en el proceso de atención de pacientes adultos con DO y se elaboró el diagrama de flujo preliminar para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de estos pacientes en el hospital.

En la fase *acuerdo interdisciplinario* se designaron representantes de las áreas asistenciales involucradas en la atención de estos pacientes, a quienes se les envió la versión preliminar del algoritmo para que lo evaluaran antes de asistir a la reunión de consenso. En la reunión de consenso participaron los representantes de los siguientes servicios/áreas asistenciales: 1) gastroenterología, 2) enfermería, 3) nutrición clínica, 4) otorrinolaringología y v) radiología e imágenes diagnósticas. El líder clínico del ECBE estuvo a cargo de la presentación de los diagramas de flujo y la reunión fue moderada por un representante de la Dirección de Investigaciones e Innovación.

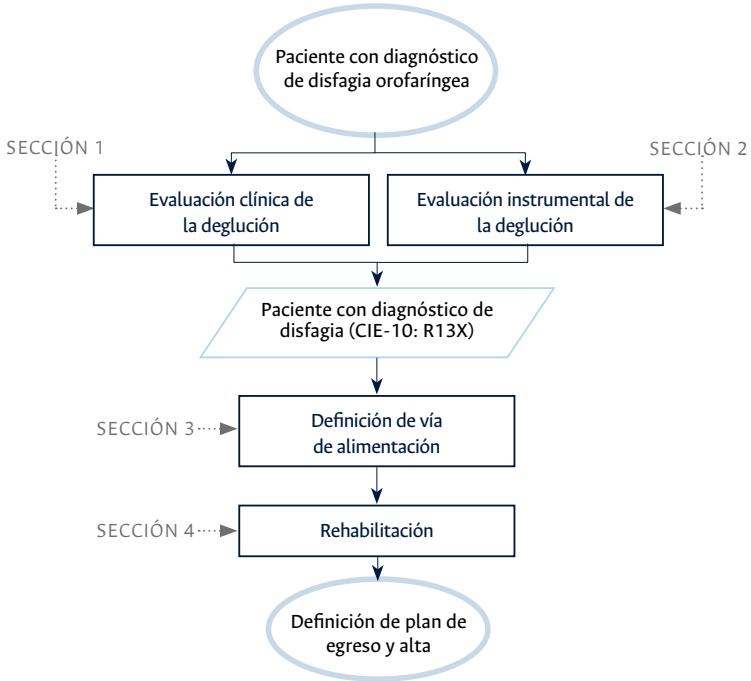
Se presentaron cuatro secciones del ECBE, así como una sección adicional sobre los puntos de control y se realizaron las votaciones correspondientes para cada una. El resultado de las cuatro votaciones permitió confirmar la existencia de un consenso total a favor de usar las recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento del paciente adulto con DO contenidas en los diagramas de flujo presentados; los resultados adicionales de este ejercicio se pueden consultar en el anexo 1. Luego, el equipo desarrollador unificó las sugerencias expuestas en la reunión de consenso interdisciplinario y, con base en estas, elaboró la versión final del ECBE. Por último, se llevó a cabo la revisión de estilo y diagramación del documento y, de esta forma, se obtuvo la versión final del estándar.



**DIAGRAMAS
DE FLUJO Y
PUNTOS DE
CONTROL**

DIAGRAMA DE FLUJO

En la figura 2 se presenta el diagrama de flujo para el diagnóstico y tratamiento de los pacientes adultos con DO en el HUN.

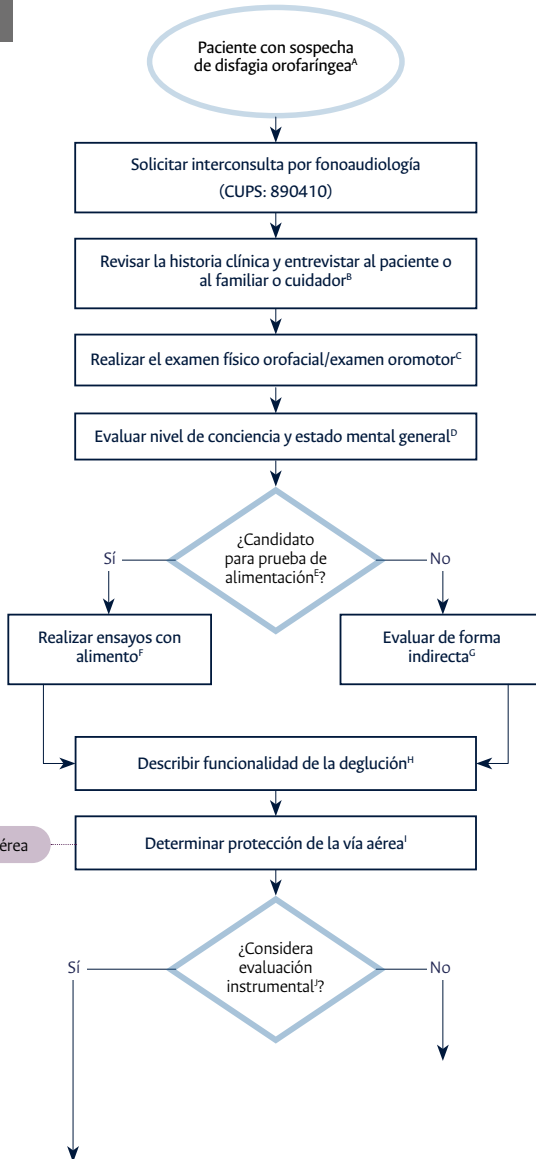


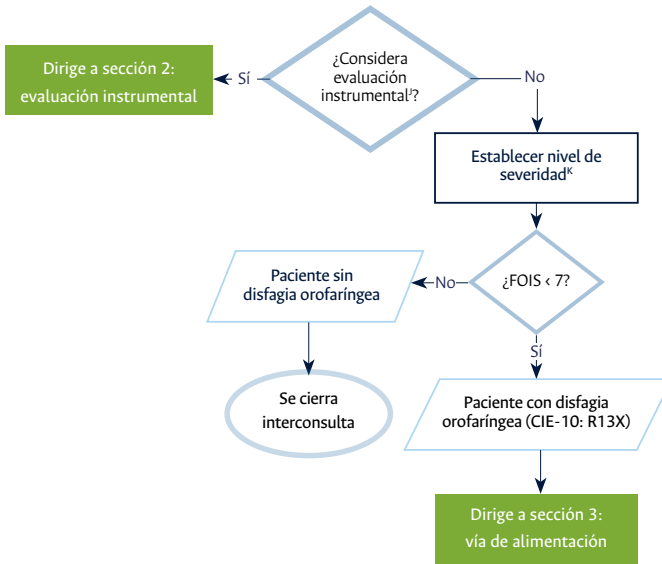
Abreviaturas **CIE-10**: Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión.

Figura 2. Diagrama de flujo para el diagnóstico y tratamiento de los pacientes adultos con disfagia orofaríngea en el Hospital Universitario de Colombia.

En la figura 3 se presenta la sección 1 del diagrama de flujo (evaluación clínica de la deglución).

SECCIÓN 1





Abreviaturas CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión.

CUPS: Código Único de Procedimientos en Salud

FOIS: Funcional Oral Intake Scale

Figura 3. Sección 1 del diagrama de flujo: evaluación clínica de la deglución.

INFORMACIÓN ADICIONAL

A. Paciente con sospecha clínica de DO

Todo paciente en el que se sospeche DO debe ser remitido al Servicio de Fonoaudiología para que se le realice una evaluación de la deglución por fonoaudiología (recomendación D; nivel 4-5; opinión de expertos; CEBM) (26). Se entiende que un paciente tiene riesgo de DO si cumple dos o más de los siguientes criterios:

- Inhabilidad para controlar o mantener los alimentos, líquidos o saliva en la cavidad oral.
- Acumulación de restos de comida en la cavidad oral.
- Masticación excesiva de los alimentos.
- Babeo/sialorrea.
- Tos, atragantamiento o necesidad de limpiar o aclarar la garganta antes, durante o después de las comidas.
- Calidad vocal anormal después de comer: *voz húmeda* o *voz gorjeante*.
- Congestión respiratoria después de comer.
- Dificultad para pasar los alimentos.
- Quejas respecto a sentir que los alimentos se atorán en la garganta.
- Regurgitación nasal.

38 |

Asimismo, por consenso institucional, en el HUN se ha establecido que las siguientes poblaciones están en riesgo de presentar DO. Por este motivo, se recomienda que estos pacientes siempre sean remitidos por su servicio tratante al Servicio de Fonoaudiología mediante interconsulta para que sean valorados (Clasificación Única de Procedimientos en Salud [CUPS]: 890210) (recomendación de expertos):

- Pacientes en ventilación asistida o con traqueostomía (incluyendo aquellos con intubación orotraqueal prolongada o en proceso de extubación).
- Pacientes con antecedente de DO documentado en la historia clínica.
- Pacientes admitidos por ataque cerebrovascular o aquellos con antecedente de ataque cerebrovascular.
- Pacientes en periodo posoperatorio de cirugía de cabeza y cuello.
- Pacientes en radioterapia o quimioterapia y con compromiso de la función orofaríngea.
- Pacientes con enfermedad neurodegenerativa (esclerosis lateral amiotrófica, esclerosis múltiple, síndrome de Guillain-Barré, enfermedad de Parkinson, enfermedad de Alzheimer).

B. Revisión de la historia clínica y entrevista al paciente o familiar o cuidador

En la entrevista al paciente o a su familiar y/o cuidador se debe indagar sobre los siguientes aspectos (fuerza de la recomendación: debe implementarse; GSN) (25):

- Condición médica de base, posibles complicaciones y tratamientos que ha recibido.
- Presencia de síntomas de disfagia y sus características (inicio, frecuencia, modificaciones en la dieta, si las hay).
- Resultados de exámenes instrumentales de la deglución previos, si los hay (recomendación de expertos).

C. Examen físico orofacial/examen oromotor

Este examen se debe efectuar siguiendo protocolos validados (fuerza de la recomendación: debe implementarse; GSN) (25) y su objetivo será recolectar información sobre la integridad, tamaño, forma, color, rango de movimiento, fuerza y funcionalidad de las estructuras corporales necesarias para la deglución (recomendación de expertos), por medio de su observación directa y palpación en reposo y durante su funcionamiento en el contexto del proceso de deglución (fuerza de la recomendación: debe implementarse; GSN) (25). Igualmente, en este examen se recomienda incluir una revisión general de la salud oral del paciente y del uso de prótesis dentales, así como su funcionalidad para la masticación (recomendación de expertos).

| 39

D. Nivel de conciencia y estado mental general

Se debe determinar si el estado de conciencia y el estado mental general y clínico del paciente permiten la alimentación por VO (fuerza de la recomendación: débil; GSN) (25). Se recomienda utilizar la escala de coma de Glasgow (anexo 5) o la escala RASS (Richmond Agitation Sedation Scale) (anexo 6) en el caso de que el paciente se encuentre bajo sedación (recomendación de expertos).

E. Paciente candidato a prueba de alimentación

Se considera que un paciente es candidato a pruebas de alimentación (anexo 5 y anexo 6) cuando no presenta problemas respiratorios agudos o síntomas de sufrimiento físico y tiene elevación laríngea mínima durante el examen físico (3). Por el contrario, se considera que un paciente no es candidato si tiene problemas respiratorios agudos y un estado mental y/o de conciencia alterado (puntaje escala de coma Glasgow <9/15 o puntaje RASS <-1 o >+1) y/o es poco cooperativo (3) (recomendación de expertos).

F. Pruebas con alimentos

Se debe evaluar la deglución de alimentos con diferentes consistencias y en diversas cantidades (fuerza de la recomendación: debe implementarse; GSN) (25). En los pacientes edéntulos que usan prótesis dentales se debe confirmar que estas están debidamente ajustadas durante la ingesta. En caso de que estos pacientes estén acostumbrados a comer sin las prótesis, las pruebas de alimentación deben realizarse sin que las usen (recomendación C; extrapolación del nivel 2; CEBM) (26).

G. Evaluación indirecta

En caso de que el paciente no sea candidato a evaluación de la deglución mediante prueba de alimentación, se recomienda evaluar el manejo de sus propias secreciones para determinar su habilidad deglutoria de forma indirecta (no se considerará candidato para el inicio/mantenimiento de la VO si no maneja sus propias secreciones de forma adecuada) (recomendación de expertos).

H. Funcionalidad de la deglución

Se debe observar el proceso de ingesta oral del alimento (fuerza de la recomendación: debe implementarse; GSN) (25). Se recomienda que en la observación se tengan en cuenta los siguientes aspectos: a) anticipación y reconocimiento de los estímulos alimenticios; b) toma del alimento con el instrumento de alimentación; c) contención oral del bolo alimenticio mediante el cierre de los labios; d) formación de un bolo cohesivo en el caso de alimentos sólidos; e) signos de escape posterior prematuro del bolo; f) presencia de residuos orales alimenticios postingesta; g) signos de activación tardía de la deglución faríngea (ascenso laríngeo); h) cantidad de pasos deglutorios con un volumen determinado, y i) signos de penetración/aspiración (recomendación de expertos).

I. Protección de la vía aérea en pacientes en los que se realiza evaluación clínica de la deglución

La protección de la vía aérea se debe determinar teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

- Signos de penetración/aspiración durante las pruebas de alimentación (tos antes o durante la ingesta, aclaramientos vocales, cambios postingesta en la cualidad vocal) (recomendación de expertos).
- Pobre control de las secreciones propias, evidenciado en la evaluación indirecta de la deglución (recomendación de expertos).

En pacientes con traqueostomía, se puede evaluar la necesidad de protección de la vía aérea directamente con la prueba *Blue Dye Test* (fuerza de la recomendación: debe implementarse; GSN) (25).

J. Evaluación instrumental

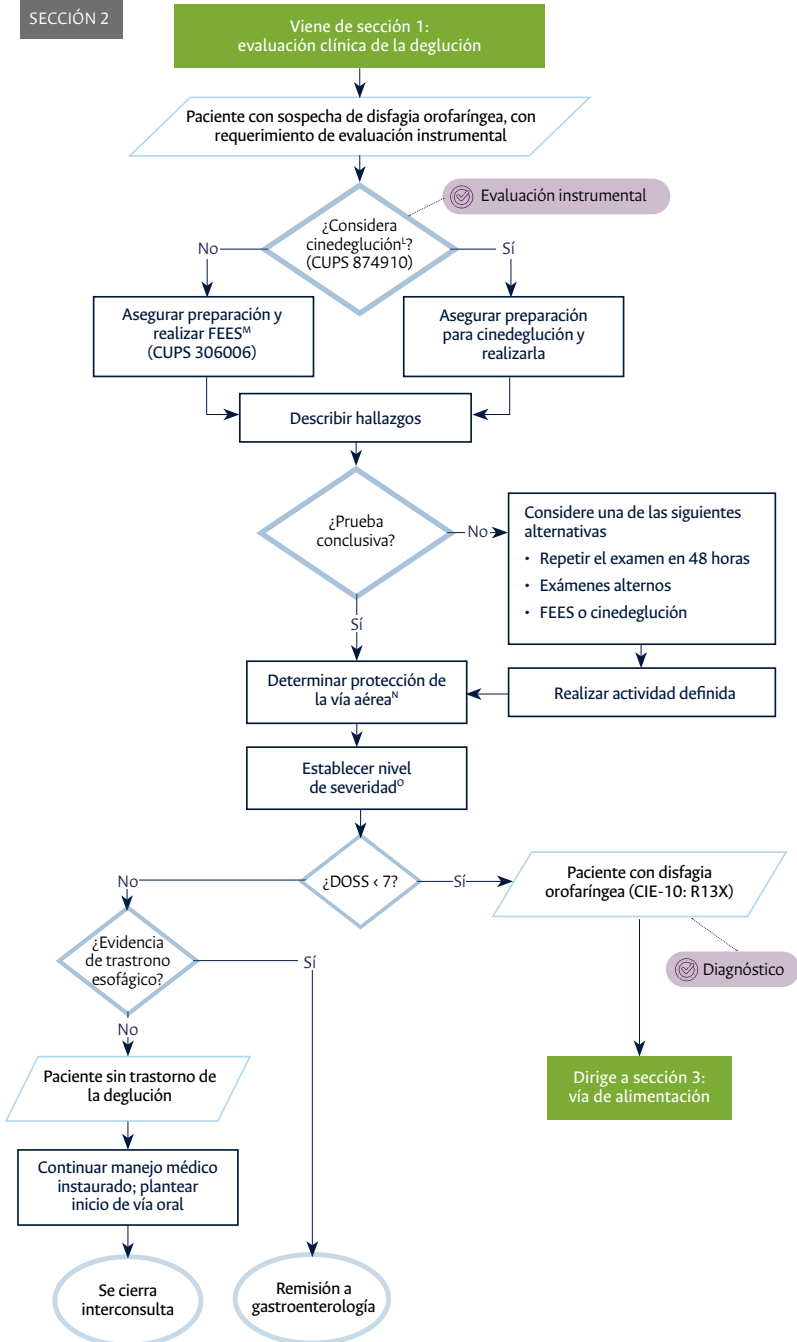
Se recomienda hacer una evaluación instrumental de la deglución cuando la evaluación clínica no permita obtener suficiente información sobre la fisiología deglutoria del paciente o no haya certeza sobre la fiabilidad de los resultados; por ejemplo, cuando se sospeche una aspiración silente o se requiera mayor precisión de la afectación que causa el trastorno deglutorio (recomendación de expertos).

K. Nivel de severidad de la DO en pacientes en los que se realiza evaluación clínica de la deglución

El nivel de severidad de la DO se deberá establecer utilizando la escala funcional de ingesta oral (FOIS, por su sigla en inglés) (anexo 7). Su puntuación se calcula teniendo en cuenta los siguientes aspectos: nivel de habilitación de la VO (nada por VO, VO parcial o VO total), el número de consistencias de los alimentos usados en la dieta del paciente (una sola o múltiples consistencias) y si tiene necesidad de modificaciones o compensaciones dietarias (requerimiento de espesantes) para lograr una ingesta segura y eficiente (recomendación de expertos). La aplicación de la escala debe efectuarse siguiendo protocolos validados (fuerza de la recomendación: debe implementarse; GSN) (25).

En la figura 4 se presenta la sección 2 del diagrama de flujo (evaluación instrumental de la deglución).

SECCIÓN 2



Abreviaturas **CIE-10:** Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión
CUPS: Clasificación Única de Procedimientos en Salud
DOSS: Dysphagia Outcome Severity Scale
FEES: Fiberoptic Endoscopic Examination of Swallowing

Figura 4. Sección 2 del diagrama de flujo: evaluación instrumental de la deglución.

INFORMACIÓN ADICIONAL

L. Cinedeglución

El desarrollo de esta prueba instrumental dependerá de las condiciones generales del paciente y de la exploración complementaria de la deglución que se quiera efectuar. De esta forma, la cinedeglución será el estudio instrumental de elección cuando (CUPS: 874910):

- Se sospechen trastornos de la apertura del esfínter esofágico superior (fuerza de la recomendación: debe implementarse; GSN) (25); (recomendación D; nivel 5; opinión de expertos basada en la fisiología; CEBM) (26).
- Se busque evaluar el mecanismo propulsivo (la coordinación de todos los eventos faríngeos), el cierre velofaríngeo, la permeabilidad del lumen hipofaríngeo y el nivel distal de aspiración (recomendación D; nivel 5; opinión de expertos basada en la fisiología; CEBM) (26).

La realización de esta prueba incluye los siguientes pasos (recomendación de expertos):

1. Confirmar que el paciente esté hemodinámicamente estable, no tenga riesgo de falla ventilatoria, esté alerta y consciente, pueda seguir órdenes simples y tenga un adecuado control cefálico.
2. Coordinar con el jefe del Servicio de Radiología la disponibilidad (fecha y hora) para la realización del procedimiento.
3. Contar con la prescripción de la orden médica en la que se formule el medio de contraste óptimo para el paciente de acuerdo con las siguientes consideraciones:
 - a. Formular un medio de contraste baritado cuando no haya sospecha de solución de continuidad de la pared esofágica en cualquiera de sus secciones.
 - b. Formular medio de contraste yodado cuando haya sospecha de solución de continuidad de la pared esofágica en alguna de sus secciones asociada al desorden deglutorio del paciente.
4. Confirmar que el paciente tiene un ayuno de al menos 6 horas antes del procedimiento.
5. Disponer de un kit para la evaluación instrumental de la deglución en pacientes hospitalizados, que incluye un paquete de galletas de soda, una compota y una botella de agua.
6. En los pacientes que, con base en los resultados de la evaluación clínica de la deglución, haya un alto compromiso de la protección de la vía aérea (tos inefectiva, mal manejo de secreciones propias o sospecha aspiración silente), pero sea obligatorio hacer este estudio, se debe solicitar el acompañamiento de un fisioterapeuta durante el examen como medida preventiva, quien se encargará de efectuar el montaje del sistema de succión antes de iniciar la cinedeglución y de vigilar la estabilidad respiratoria del

paciente antes, durante y después del examen. En caso de que se detecte un evento de aspiración del medio de contraste, el fisioterapeuta deberá realizar la succión correspondiente y el aclaramiento de residuos del medio de contraste, que no puedan ser manejados por el paciente, esto con el fin de disminuir posibles complicaciones.

M. FEES

La elección de esta prueba instrumental dependerá de las condiciones generales del paciente y de la exploración complementaria de la deglución que se quiera hacer (CUPS: 874910). Así, la FEES será la prueba de elección cuando:

- El paciente presente limitaciones (temporales o permanentes) de movilidad o sea poco cooperativo, ya que este procedimiento se puede ejecutar al lado de la cama (fuerza de la recomendación: debe implementarse; GSN) (25).
- Se requiera evaluar la sensibilidad laríngea y faríngea, así como la deglución luego de intervenciones quirúrgicas reconstructivas (fuerza de la recomendación: debe implementarse; GSN) (20); (recomendación B; nivel 2; CEBM) (26).

La realización de esta prueba incluye los siguientes pasos (recomendación de expertos):

1. Confirmar que el paciente esté hemodinámicamente estable, no tenga riesgo de falla ventilatoria, esté alerta y consciente, pueda seguir órdenes simples y tenga un adecuado control cefálico.
2. Coordinar con el jefe del Servicio de Otorrinolaringología la disponibilidad (fecha y hora) para efectuar el procedimiento.
3. Disponer de un kit para la evaluación instrumental de la deglución en pacientes hospitalizados, que incluye un paquete de galletas de soda, una compota y una botella de agua.

El rendimiento diagnóstico de esta y otras pruebas diagnósticas reportado en la literatura se describe en la tabla 2:

Tabla 2. Rendimiento diagnóstico de las pruebas instrumentales Protección de la vía aérea, *Blue dye test* y Evaluación endoscópica de la deglución.

Prueba (año)	Desenlace observado	Sensibilidad (%)	Especificidad (%)
Protección de la vía aérea (2009) (26)	Seguridad deglución	96.5	48.7
<i>Blue dye test</i> (2012) (27)	Aspiración	38-62	79-100
FEES (2017) (28)	Protección de la vía aérea	80.0	85.3

FEES: Fiberoptic Evaluation of Swallowing.

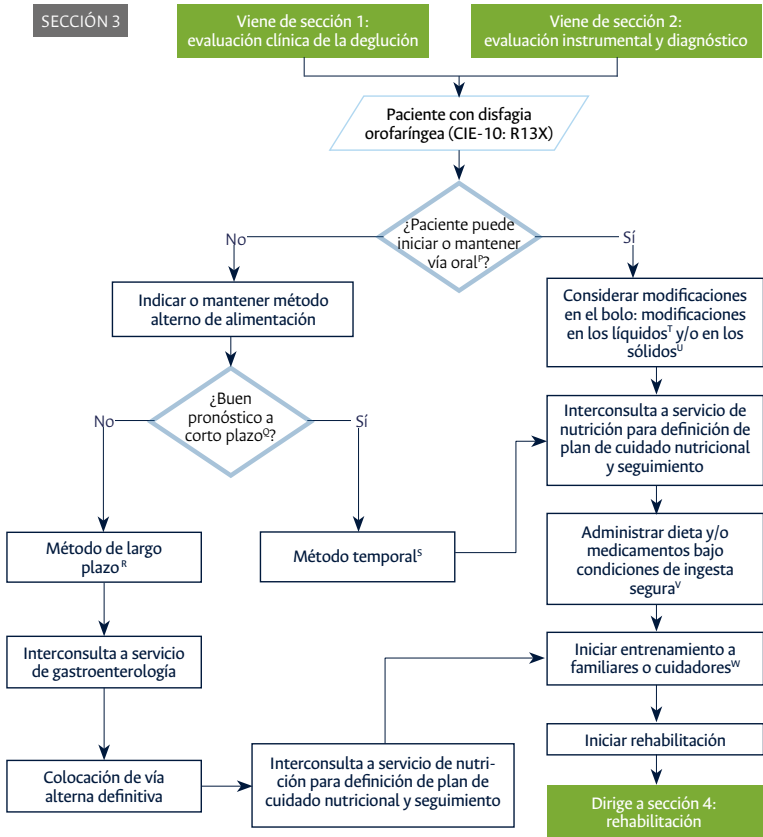
N. Protección de la vía aérea en pacientes sometidos a evaluación instrumental de la deglución

Se recomienda usar la escala de penetración-aspiración (PAS) (anexo 8) para determinar la protección de la vía aérea en pacientes sometidos a evaluación instrumental de la deglución, ya que este cuestionario permite clasificar la gravedad de la penetración o aspiración observada en un estudio instrumental de la deglución. Se considera que hay aspiración cuando el material pasa por debajo de las cuerdas vocales; en cambio, si ingresa a la laringe, pero pasa por encima de las cuerdas vocales, se considera que hay penetración. Esta escala fue creada por Rosenbek *et al.* en 1996, es una escala de 8 puntos en la que, a mayor puntaje, mayor grado de severidad de aspiración y penetración (29). Respecto a sus propiedades psicométricas, se ha reportado que tiene una confiabilidad interevaluador e intraevaluador de 0.85 (recomendación de expertos) (29,30) (recomendación C; nivel 4; CEBM) (26).

O. Nivel de severidad de la DO en pacientes en los que se ha realizado evaluación instrumental

El nivel de severidad de la DO en pacientes en los que se hace evaluación instrumental de la deglución debe determinarse mediante la escala de severidad de la disfagia (DOSS, por su sigla en inglés) (anexo 9), ya que este instrumento permite establecer el nivel de independencia de la administración de la alimentación, el nivel nutricional y dietario y las modificaciones a la dieta luego de la evaluación instrumental de la deglución. Esta escala, creada en 1999 por O'Neil *et al.* en 1999, permite una mejor definición del trastorno de la deglución, ya que, en lo que respecta a la independencia, la escala se divide en siete niveles de severidad (7 está dentro de los límites normales y 1 dependiente/nutrición oral no posible) y, en lo que respecta a la nutrición, se divide en dos posibles recomendaciones nutricionales ligadas al nivel de severidad: niveles 7-3 (nutrición total por VO) y 2-1 (métodos alternativos de nutrición/nutrición no oral); además, se ha reportado que tiene una confiabilidad interevaluador de 0.90 e intraevaluador de 0.93 (recomendación de expertos) (31).

En la figura 5 se presenta la sección 3 del diagrama de flujo (definición de la vía de alimentación del paciente con DO).



Abreviaturas CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión.

Figura 5. Sección 3 del diagrama de flujo: definición de la vía de alimentación del paciente con disfagia orofaríngea.

INFORMACIÓN ADICIONAL

P. Iniciar o mantener VO

Se puede iniciar o mantener la ingesta oral de alimentos y líquidos cuando el paciente obtenga puntaje >3 en la escala FOIS o >4 en la escala DOSS; en caso contrario, se debe usar un método de alimentación alternativo como soporte nutricional (recomendación de expertos).

Q. Pronóstico del trastorno deglutorio

Se deberá determinar teniendo en cuenta el tiempo estimado en el que, mediante intervenciones de rehabilitación, se logrará una deglución segura y efectiva. De igual forma, también se debe considerar la condición de base del paciente y el posible curso de dicha enfermedad (tendencia a mejorar o a empeorar, o si no se esperan cambios). Se considera que el paciente tiene un buen pronóstico a corto plazo si se espera que, mediante la rehabilitación, este pueda iniciar la ingesta oral de alimentos y líquidos antes del alta hospitalaria; por el contrario, se considera que tiene un mal pronóstico a corto plazo cuando no se espera que esto ocurra antes del alta hospitalaria y que, por tanto, se debe asegurar una vía alterna de alimentación de largo plazo (gastrostomía) (recomendación de expertos).

48 |

En todo caso, se deben realizar acciones que promuevan la deglución por parte del paciente y empezar el destete de la vía alterna de alimentación tan pronto como sea posible (recomendación D; nivel 5; basada en opinión de expertos; CEBM) (26). El destete efectivo de la vía alterna de alimentación se considerará una vez el paciente tolere la ingesta oral de al menos el 75 % de la dieta ofrecida en todos los tiempos de comida (recomendación de expertos).

R. Método alternativo de nutrición de largo plazo

La gastrostomía es el método alternativo de nutrición de largo plazo más usado, gracias a su sencillez, utilidad, seguridad, rapidez, bajo costo, fácil cuidado y posibilidad de mantenimiento durante largos periodos (32) (CUPS: 431100-431200). La sonda de gastrostomía se deberá colocar solo después de obtener el concepto y aval por parte del Servicio de Gastroenterología (código 310, CUPS: 890346) (recomendación de expertos).

S. Método alternativo de nutrición temporal

Los métodos alternos de nutrición temporales incluyen la nutrición enteral (por sonda nasogástrica, orogástrica o nasoyeyunal) y la nutrición parenteral (CUPS: 966101 y 991501). Los tiempos de administración, los volúmenes de

las fórmulas enterales o parentales y los aportes calóricos deberán ser definidos por el Servicio de Nutrición (código 450, CUPS: 890406) (recomendación de expertos).

T. Modificaciones a la consistencia de los líquidos

Las modificaciones a la consistencia de los líquidos dependerá de la severidad de la DO, determinada según la puntuación de las escalas FOIS o DOSS, y se lleva a cabo en pacientes con aval de ingesta de líquidos por VO. Estos cambios están relacionados con la viscosidad de los líquidos, pudiéndose agregar líquidos espesos, miel o néctar (nivel de evidencia: baja calidad; GRADE) (23), (nivel de evidencia: II; NHMRC) (24), (fuerza de la recomendación: debe implementarse; GSN) (25).

U. Modificaciones a la consistencia de los sólidos

Las modificaciones a la consistencia de los alimentos sólidos dependerá de la severidad de la DO, determinada según la puntuación de las escalas FOIS o DOSS y solo se deben hacer en pacientes con aval de ingesta de sólidos por VO. Estos cambios están relacionados con la dureza y textura de los alimentos, pudiendo ser sólidos blandos, blandos humedecidos, sin disgregantes, picados o molidos (nivel de evidencia: baja calidad; GRADE) (27); (fuerza de la recomendación: puede implementarse; GSN) (25).

V. Ingesta segura

Se deben tener en cuenta las siguientes recomendaciones durante la atención del paciente hospitalizado para lograr una ingesta segura y exitosa de alimentos o medicamentos (recomendación de expertos):

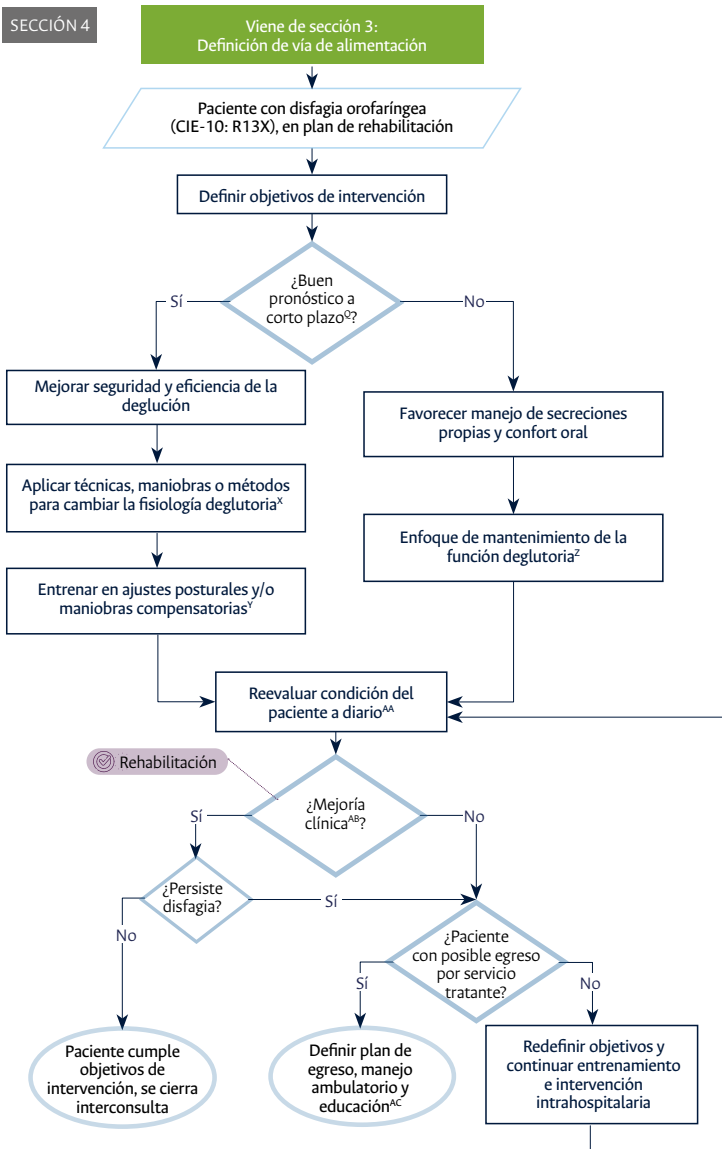
- Ubicar al paciente en una posición sentada con una elevación de la cabecera >60°; además, el paciente debe estar despierto y ser capaz de entender y seguir instrucciones básicas.
- Administrar volúmenes pequeños a velocidad reducida y esperar a que el paciente trague antes de administrar el líquido/alimento/medicamento de nuevo.
- Estar atento a los siguientes signos de alarma: dificultad respiratoria, ataraxia, tos no controlada, cianosis, disminución del estado de alerta. Si uno de estos signos ocurre, suspender ingesta de inmediato y llamar al médico del servicio (hospitalización o UCI), quien tomará las medidas respectivas.
- Administrar la dieta únicamente en la consistencia prescrita y tener en cuenta todas las restricciones indicadas.
- Aplicar maniobras deglutorias de acuerdo con lo consignado en la historia clínica del paciente (en caso de que aplique).
- Si el paciente tiene restricción para la ingesta de líquidos claros y requiere de suplemento nutricional, este se debe administrar con espesante.

- Macerar y mezclar con compota los medicamentos por VO tipo tabletas en pacientes con restricción para sólidos duros o líquidos claros.
- Los medicamentos por VO tipo líquido deberán ser mezclados con compota en pacientes con restricción para líquidos claros.

W. Entrenamiento a familiares o cuidadores

Se debe educar de forma paulatina y presencial al familiar o cuidador durante el seguimiento diario del paciente mientras que está hospitalizado en lo que respecta a la consistencia de dieta, el adecuado posicionamiento para la ingesta, la importancia del alertamiento, la velocidad de ingesta y si el paciente se beneficia de maniobras específicas (doble paso deglutorio, deglutir-toser-deglutir, entre otras). Además, se debe indicar al familiar o cuidador estar atento a signos de alarma tales como dificultad respiratoria, atoramiento, tos no controlada, cianosis, disminución del estado de alertamiento; igualmente, se les debe informar que en caso de presentarse alguno de estos signos, es necesario suspender la ingesta de inmediato y llamar al médico del servicio, quien tomará las medidas respectivas o, si se encuentra en casa, acudir a un servicio de urgencias de ser necesario. En caso de que sea un paciente con gastrostomía, se debe solicitar interconsulta con el programa de plan de egreso para que desde allí se brinde educación a los familiares/cuidadores sobre medidas de cuidado de esta vía de alimentación (recomendación de expertos).

SECCIÓN 4



Abreviaturas CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión.
FOIS: Funcional Oral Intake Scale
NE: nivel de evidencia

Figura 6. Sección 4 del diagrama de flujo: rehabilitación del paciente con disfagia orofaríngea.

INFORMACIÓN ADICIONAL

Q. Pronóstico del trastorno deglutorio

Se deberá determinar teniendo en cuenta el tiempo estimado en el que, mediante intervenciones de rehabilitación, se logrará una deglución segura y efectiva. De igual forma, también se debe considerar la condición de base del paciente y el posible curso de dicha enfermedad (tendencia a mejorar o a empeorar o si no se esperan cambios). Se considera que el paciente tiene un buen pronóstico a corto plazo si se espera que, mediante la rehabilitación, este pueda iniciar la ingesta oral de alimentos y líquidos antes del alta hospitalaria; por el contrario, se considera que tiene un mal pronóstico a corto plazo cuando no se espera que esto ocurra antes del alta hospitalaria y que, por tanto, se debe asegurar una vía alterna de alimentación de largo plazo (gastrostomía) (recomendación de expertos).

En todo caso, se deben efectuar acciones que promuevan la deglución por parte del paciente y empezar el destete de la vía alterna de alimentación tan pronto como sea posible (recomendación D; nivel 5; basada en opinión de expertos; CEBM) (26). El destete efectivo de la vía alterna de alimentación se considerará una vez el paciente tolere la ingesta oral de al menos el 75 % de la dieta ofrecida en todos los tiempos de comida (recomendación de expertos).

52 |

X. Cambiar fisiología deglutoria

Se debe usar una terapia de deglución comportamental sistemática, regular e individualizada de forma temprana en pacientes con disfagia neurogénica, especialmente en pacientes con disfagia posataque cerebrovascular (fuerza de la recomendación: debe implementarse; GSN) (25).

Respecto a las intervenciones específicas para el ajuste/modificación de la fisiología deglutoria, la evidencia encontrada en las GPC analizadas se presenta en la tabla 3.

Tabla 3. Intervenciones específicas para el ajuste/modificación de la fisiología deglutoria.

Intervención	Especificaciones	Fuerza de la recomendación (fuente)
Neuroestimulación eléctrica	Ya que los datos son limitados, la neuroestimulación eléctrica para la disfagia debe ser implementada en el contexto de ensayos clínicos. La estimulación eléctrica de la faringe debe ser usada en pacientes traqueostomizados con disfagia posaccidente cerebrovascular con lesiones supratentoriales.	Debe implementarse; GSN (25).

Intervención	Especificaciones	Fuerza de la recomendación (fuente)
Ejercicio <i>Shaker</i>	Se recomienda usarlo en pacientes con residuos faríngeos y trastorno de la apertura del esfínter esofágico superior. En pacientes con disfunción cricofaríngea, se debe haber hecho la intervención comportamental por un año antes de la intervención quirúrgica (miotomía, dilatación o inyección de toxina botulínica).	Debe implementarse; GSN (25).
Entrenamiento de los músculos espiratorios para la deglución	Se recomienda usar esta intervención en pacientes con enfermedad de las motoneuronas, accidente cerebrovascular y/o enfermedad de Parkinson, preferiblemente como parte de ensayos clínicos prospectivos.	Debe implementarse; GSN (25).
Maniobra de deglución esforzada	Se recomienda usar esta intervención para mejorar la fuerza de la lengua y la fisiología deglutoria.	Puede implementarse; GSN (25).
Ejercicios deglutorios preventivos en pacientes con cáncer de cabeza y cuello antes del inicio de la radioterapia	Los pacientes con cáncer de cabeza y cuello que, antes de iniciar radioterapia, tienen un puntaje de riesgo para disfagia >9 según la escala <i>Total Dysphagia Risk</i> pueden beneficiarse de estrategias para la prevención de la disfagia antes del inicio de dicha terapia curativa, tales como ejercicios deglutorios preventivos.	Recomendación B; nivel 2; CEBM (26).

Y. Ajustes posturales o maniobras compensatorias

Respecto a las intervenciones específicas relativas a maniobras compensatorias o ajustes posturales, la evidencia encontrada en las GPC analizadas se presenta en la tabla 4.

Tabla 4. Intervenciones específicas relativas a maniobras compensatorias o ajustes posturales.

Intervención	Especificaciones	Fuerza de la recomendación (fuente)
Maniobra <i>chin-tuck</i>	Se recomienda usar esta intervención para mejorar la seguridad de la deglución en pacientes con alteración del control oral del bolo y escape prematuro del bolo y la consecuente aspiración predeglutoria.	Debe implementarse; GSN (20).

Otras maniobras compensatorias o ajustes posturales incluyen la rotación de la cabeza hacia el lado débil y la elevación de cabeza. Todas estas maniobras buscan favorecer el tránsito del bolo durante la deglución en pacientes con alteraciones específicas de las fases oral y faríngea. La rotación de la cabeza

hacia el lado débil, aplicada en casos de alteraciones unilaterales, favorece la protección de la vía aérea al cerrar el lado afectado y aprovechar el lado conservado para favorecer el tránsito faríngeo apropiado; por su parte, la elevación de cabeza se puede usar para promover, con ayuda de la gravedad, la propulsión del bolo hacia la faringe en pacientes con una afectación en el inicio de la fase oral (recomendación de expertos) (32).

Z. Enfoque de mantenimiento

Consiste en todas las intervenciones asociadas al manejo de la DO dirigidas a mejorar y mantener la calidad de vida de pacientes con una alteración crónica de la deglución de mal pronóstico de recuperación, así como las dirigidas a mitigar el riesgo de complicaciones asociadas y el *disconfort*. En este enfoque también se incluye el cuidado paliativo o al final de la vida (recomendación de expertos). Por ejemplo, en pacientes con disfagia neurogénica, se debe establecer una buena higiene oral para reducir el riesgo de neumonía y, si es necesario, se debe realizar una higiene oral consistente (fuerza de la recomendación: debe implementarse; GSN) (25).

AA. Reevaluar la condición del paciente

Se recomienda hacer una nueva evaluación clínica para determinar si es necesario verificar mediante un examen instrumental de la deglución los progresos alcanzados mediante la intervención (recomendación de expertos).

54 |

AB. Mejoría clínica

Para determinar si hay mejoría clínica se deben comparar los resultados de la evaluación inicial (clínica o instrumental, según corresponda) con los de la reevaluación posintervención. Si en la reevaluación se obtiene un mejor puntaje en alguna de las escalas con las que se realiza la evaluación objetiva, se considerará que hay mejoría clínica (recomendación de expertos).

AC. Plan de egreso

El plan de egreso consiste en las recomendaciones para continuar, de ser necesario, la rehabilitación de forma ambulatoria, así como las estrategias compensatorias, posturales y de modificación del bolo a que haya lugar para favorecer la deglución segura y efectiva en el paciente. Se establecen objetivos de intervención que deben seguirse trabajando en la terapia ambulatoria, así como las modificaciones en los sólidos o líquidos que se hayan determinado para el paciente. Este plan se consigna en la última nota de evolución clínica del paciente antes de su egreso y se socializa de forma verbal con el paciente o cuidador o familiar a cargo. En caso de que sea un paciente con

gastrostomía, previo al egreso se debe solicitar interconsulta con el programa de plan de egreso para que desde allí se brinde educación a los familiares/cuidadores sobre medidas de cuidado de esta vía de alimentación (recomendación de expertos)

PUNTOS DE CONTROL

Definición de los puntos de control

Los puntos de control para el ECBE se definieron teniendo en cuenta momentos clave en diagnóstico y tratamiento del paciente con DO en el HUN. Estos puntos de control fueron elegidos de forma conjunta por los miembros del equipo desarrollador y se presentan a continuación.

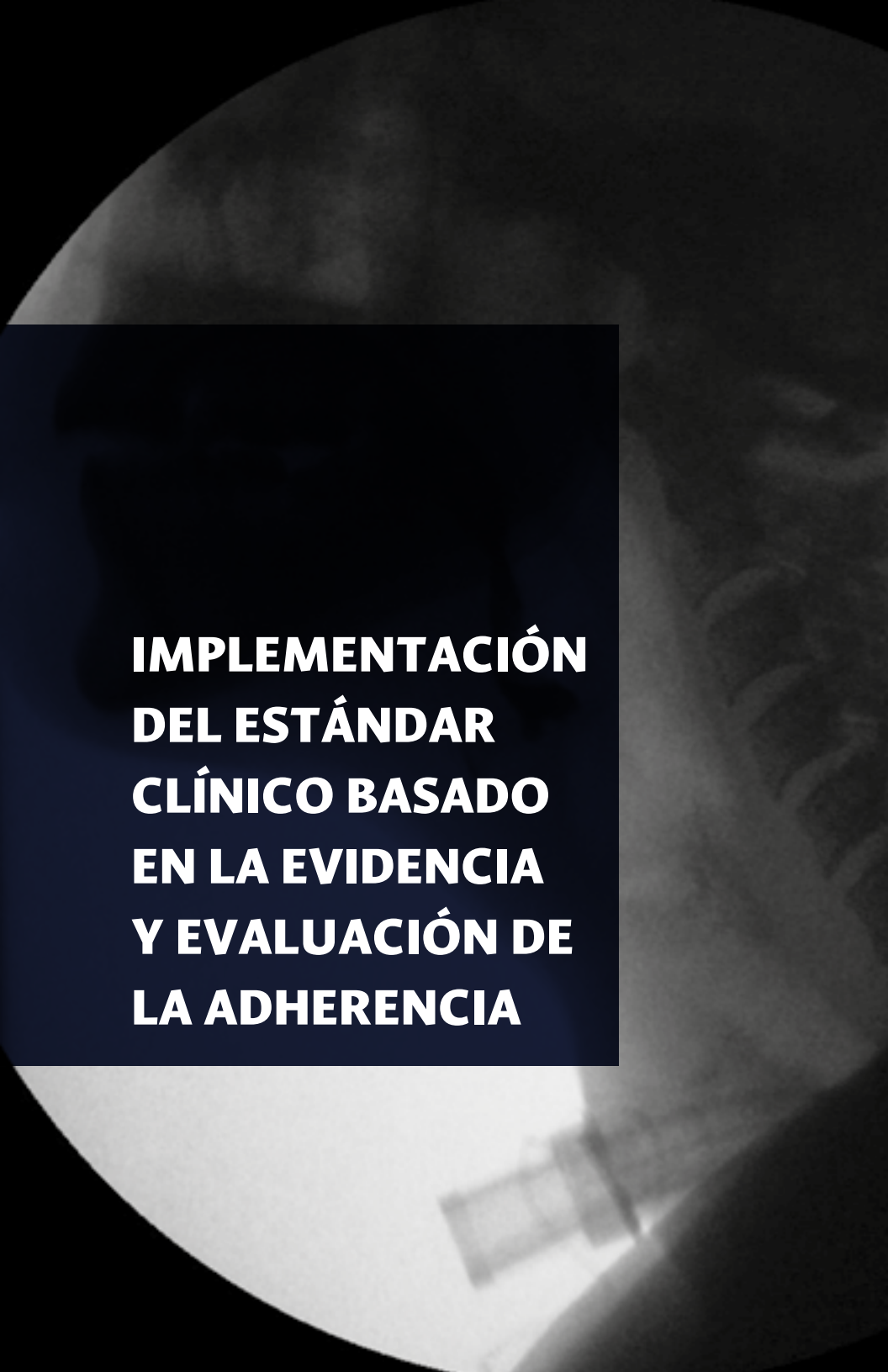
- *Documentación en la historia clínica de la protección de la vía aérea en todos los pacientes en los que se sospeche DO (sección 1 del diagrama de flujo: evaluación clínica de la deglución):* este aspecto se eligió como punto de control, ya que permite identificar un aspecto importante en el proceso de diagnóstico de los pacientes con DO, pues la protección de la vía aérea es un pilar fundamental en el proceso de atención de estos pacientes. En la tabla 5 se presenta el indicador propuesto para medir este punto de control.
- *Documentación en la historia clínica de la escala PAS a todo paciente con sospecha de DO que requiere una evaluación instrumental de la deglución (sección 2 del diagrama de flujo: evaluación instrumental de la deglución):* este aspecto se escogió como punto de control, dada la gran importancia que la evaluación instrumental de la deglución tiene en el diagnóstico de la DO. Además, la estandarización de la evaluación instrumental con la escala PAS permite evaluar de manera objetiva el cumplimiento de dicha evaluación. El indicador planteado para la medición de este punto de control se presenta en la tabla 5.
- *Documentación en la historia clínica de la escala FOIS a todo paciente diagnosticado con DO (secciones 1 y 2 del diagrama de flujo):* este aspecto se eligió como punto de control porque la escala FOIS permite determinar el nivel de compromiso deglutorio de estos pacientes y porque también se puede aplicar mientras que el paciente está en proceso de rehabilitación, permitiendo de esta forma evaluar si el grado de afectación ha disminuido, ya que se considera un instrumento sensible al cambio, de ahí que sea importante tanto para el diagnóstico como en la rehabilitación. El indicador propuesto para medir este punto de control se presenta en la tabla 5.
- *Intervenir por rehabilitación a los pacientes diagnosticados con DO (sección 4 del diagrama de flujo: rehabilitación del paciente con DO):* este aspecto se eligió como punto de control porque la rehabilitación representa un proceso muy importante para estos pacientes, teniendo en cuenta las diferentes estrategias que puede involucrar. En la tabla 5 se describe el indicador propuesto para medir este punto de control.

Tabla de los indicadores propuestos para la medición de los puntos de control

En la tabla 5 se presentan los indicadores propuestos para desarrollar procesos de implementación y vigilancia de los puntos de control definidos en la sección Definición de puntos de control.

Tabla 5. Indicadores propuestos para la medición de los de puntos de control definidos.

Nombre	Definición	Fórmula
Protección de la vía aérea	Proporción de pacientes con sospecha de DO con valoración o interconsulta por el Servicio de Fonoaudiología y en los que se evaluó la protección de la vía aérea	$\frac{(\# \text{ pacientes a quienes se evaluó protección de la vía aérea})}{(\# \text{ pacientes con sospecha de DO con valoración o interconsulta por fonoaudiología})}$
Evaluación instrumental	Proporción de pacientes con sospecha de DO llevados a evaluación instrumental (cindegulación o FEES) en los que se documentó uso de la escala PAS.	$\frac{(\# \text{ pacientes evaluados mediante escala PAS})}{(\# \text{ pacientes con sospecha de DO llevados a evaluación instrumental})}$
Diagnóstico	Proporción de pacientes diagnosticados con DO en los que se documentó el uso de la escala FOIS.	$\frac{(\# \text{ pacientes con evaluación mediante escala FOIS})}{(\# \text{ pacientes con diagnóstico de DO})}$
Rehabilitación	Proporción de pacientes con DO que estuvieron en rehabilitación con el Servicio de Fonoaudiología y en los que se reportó cambios en la escala FOIS en un nivel o más entre la primera y la última atención por dicho servicio.	$\frac{(\# \text{ pacientes con cambio en la escala FOIS de un nivel o más})}{(\# \text{ pacientes con DO que estuvieron en rehabilitación por fonoaudiología})}$



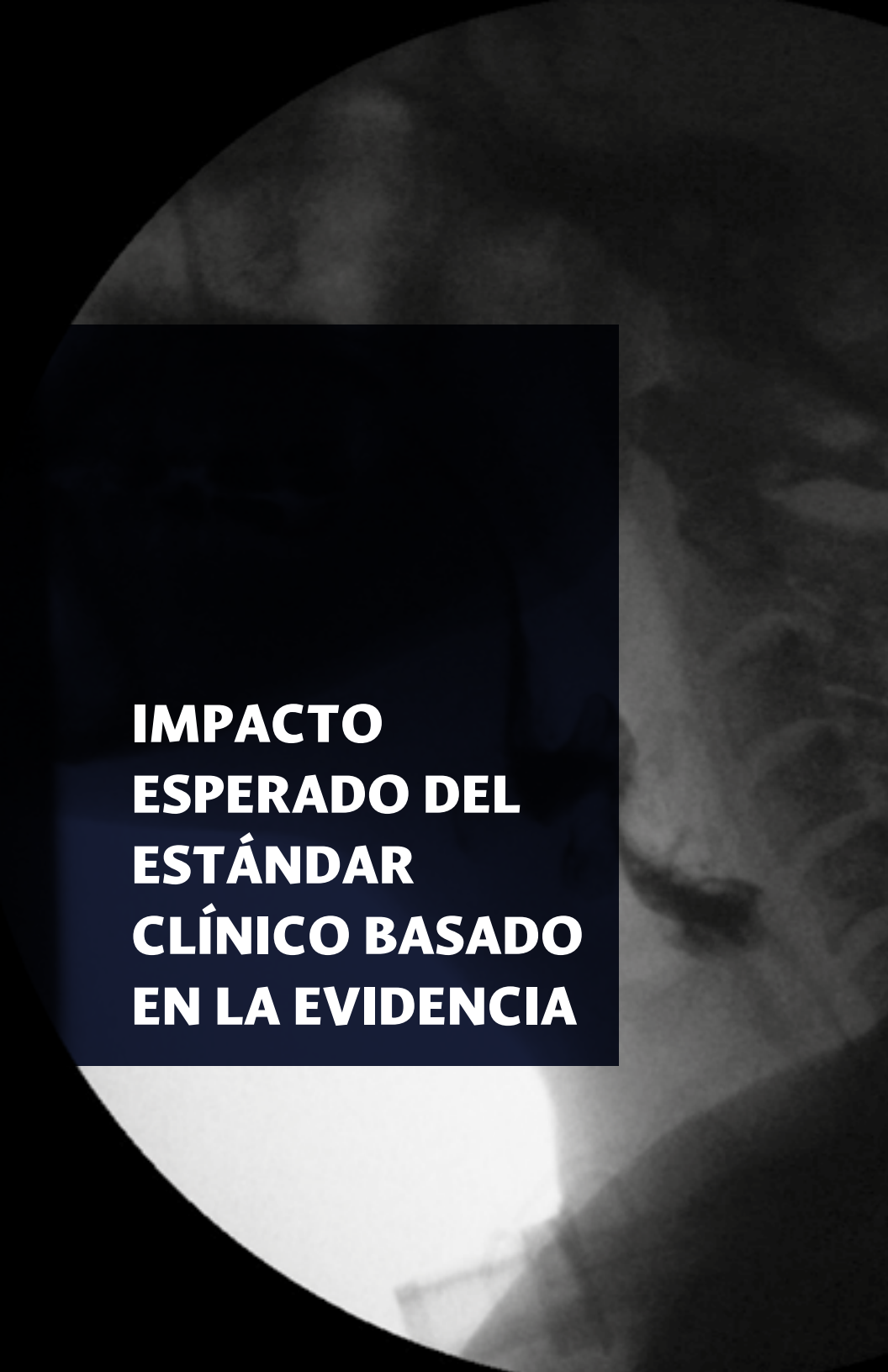
**IMPLEMENTACIÓN
DEL ESTÁNDAR
CLÍNICO BASADO
EN LA EVIDENCIA
Y EVALUACIÓN DE
LA ADHERENCIA**

Para el proceso de implementación del ECBE y evaluación de la adherencia se desarrollarán diferentes actividades que se describen de forma general en este apartado. La primera actividad será la creación de un equipo interdisciplinario conformado por los miembros del grupo desarrollador y representantes de las áreas administrativas y clínicas de HUN que puedan apoyar el proceso de implementación. Se dará prioridad al personal del área de tecnologías de la información del HUN en la constitución del equipo encargado de la implementación. Una vez conformado el equipo de implementación del ECBE, se harán reuniones que permitan identificar las barreras y facilitadores del proceso de implementación en la institución.

Posteriormente, se utilizarán dos enfoques para abordar las posibles acciones de implementación del ECBE. El primero tendrá como objetivo la difusión del diagrama de flujo del ECBE y sus puntos de control. Algunas de las actividades contempladas para poner en práctica este enfoque incluyen charlas educativas presenciales y pregrabadas por los líderes clínicos del ECBE y la difusión de información sobre el ECBE mediante las redes sociales del HUN y las carteleras ubicadas en sus diferentes servicios. El objetivo del segundo enfoque será desarrollar estrategias administrativas utilizando tecnologías de la información y el *software* de historia clínica para generar avisos interactivos o mensajes de recordatorio que refuercen las actividades educativas arriba planteadas.

Finalmente, el proceso de evaluación de la adherencia al ECBE tendrá tres componentes: 1) evaluación de conocimiento sobre el ECBE, donde se contempla el uso de encuestas válidas y transparentes que serán desarrolladas en diferentes ámbitos clínicos para medir el grado de conocimiento del personal acerca de los ECBE; 2) evaluaciones de impacto, en las que se contemplará, según la disponibilidad de recursos destinados a este componente, desempeñar actividades relacionadas con evaluación del impacto del ECBE sobre desenlaces clínicos, desenlaces reportados por pacientes y desenlaces en términos de costos asociados a su implementación; 3) evaluaciones de adherencia, para este componente se utilizarán principalmente fuentes de información administrativa; no obstante, en algunos casos, de prioridad para el hospital, se utilizarán estudios adicionales que permitan evaluar la adherencia de manera focalizada.

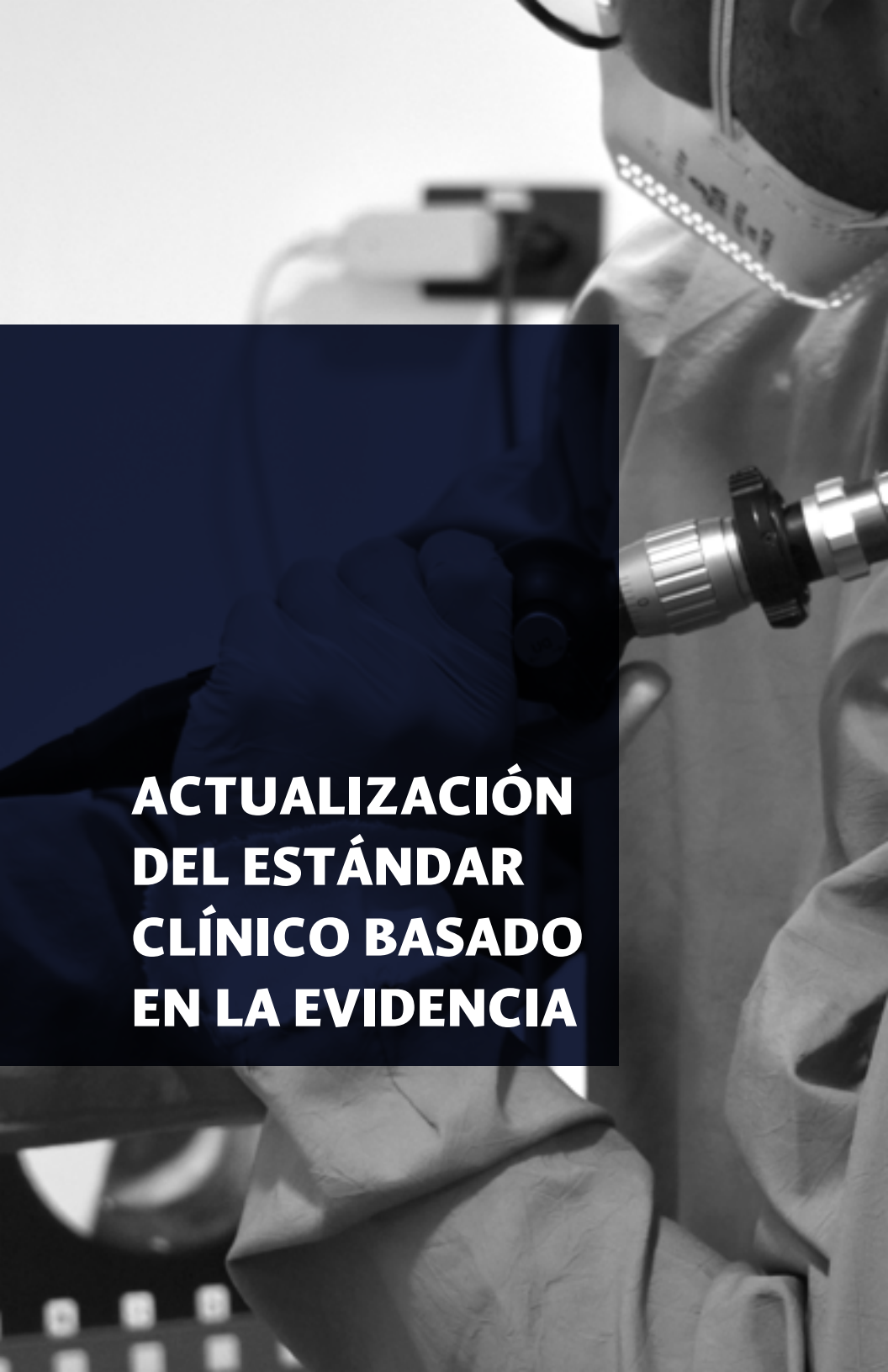
Se aclara que el proceso de implementación será desarrollado en etapas adicionales a las del proceso de desarrollo que permitan identificar las mejores alternativas de implementación para este ECBE.



**IMPACTO
ESPERADO DEL
ESTÁNDAR
CLÍNICO BASADO
EN LA EVIDENCIA**

Este ECBE tiene múltiples propósitos a mediano y largo plazo, los cuales se lograrán a medida que se completen las fases de implementación y actualización:

- Disminuir la variabilidad en la detección, diagnóstico y tratamiento de los pacientes adultos con DO atendidos en el HUN, con el fin de mejorar los desenlaces en salud y optimizar los recursos disponibles para la atención de estos pacientes en los servicios de hospitalización del hospital (salga general o UCI).
- Disminuir la variabilidad en la detección, diagnóstico y tratamiento de los pacientes adultos con DO en el HUN.
- Estandarizar la ruta de manejo de los pacientes con DO con base en la mejor evidencia disponible.
- Reducir los costos asociados a la detección, diagnóstico y tratamiento de los pacientes adultos con DO en el HUN.
- Mejorar el registro del proceso de atención de los pacientes adultos con DO atendidos en el HUN.
- Mejorar los desenlaces clínicos reportados por los pacientes adultos con DO atendidos en el HUN.
- Brindar una herramienta pedagógica basada en la mejor evidencia disponible a los docentes y estudiantes de las facultades de salud de la Universidad Nacional de Colombia en lo que respecta al diagnóstico y tratamiento de pacientes adultos con DO.
- Posicionar al HUN como una institución de salud referente en la región en lo que respecta al tratamiento manejo integral de pacientes adultos con DO



**ACTUALIZACIÓN
DEL ESTÁNDAR
CLÍNICO BASADO
EN LA EVIDENCIA**

La actualización del ECBE se realizará según las recomendaciones establecidas en el manual de desarrollo de ECBE del HUN (IN-MN-04. Desarrollo de estándares clínicos basados en la evidencia en el Hospital Universitario Nacional de Colombia). De esta manera, el grupo desarrollador estableció el tiempo máximo de actualización teniendo en cuenta los siguientes aspectos: 1) el volumen de la evidencia disponible en la actualidad; 2) la disponibilidad de nueva evidencia relacionada con el tema que pueda influenciar la toma de decisiones en el proceso de atención integral de pacientes con esta enfermedad; 3) la calidad de la evidencia disponible al momento del desarrollo del ECBE, y 4) la disponibilidad de recursos institucionales para la implementación y actualización del ECBE.

De esta forma, el grupo desarrollador determinó que el ECBE para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del paciente con DO debe actualizarse máximo entre 3 y 5 años, ya que se espera que en este periodo se publique nueva evidencia sobre el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de esta condición y, por tanto, se requiera hacer cambios en el proceso de atención de estos pacientes en el HUN.



GLOSARIO

Adaptación de recomendaciones: grado en el que una intervención basada en evidencia se modifica por un usuario durante su adopción e implementación para ajustarla a las necesidades de su práctica clínica o para mejorar su desempeño según las condiciones locales (33).

Algoritmo: procedimiento expresado como una serie de pasos que permite solucionar un problema específico en un tiempo y espacio determinados. Debe cumplir con los siguientes atributos: tener una entrada y una salida, no presentar ambigüedad en los pasos planteados; el procedimiento debe terminar después de un determinado número de pasos y cada instrucción debe estar debidamente explicada de forma que pueda ser ejecutada sin problema (34).

Cine DEGLUCIÓN: procedimiento radiológico que evalúa la fase preparatoria/oral y faríngea de la deglución; también se conoce como *farinografía* y *esofagograma con cine o video*. En este estudio radiológico se le solicita al paciente ingerir un medio de contraste radiopaco que se adiciona a alimentos de distintas consistencias (por lo general líquido claro, puré y sólidos) en diferentes volúmenes para que, durante el procedimiento, sea posible observar el recorrido del bolo alimenticio a medida que pasa por la cavidad oral, faríngea y hasta esfínter esofágico superior (35). Este estudio se utiliza para confirmar la presencia de aspiración e identificar su causa (si la hay); confirmar la presencia de cualquier residuo oral o faríngeo después de la deglución y encontrar su causa (si lo hay), e identificar estrategias terapéuticas que puedan mejorar la deglución (3).

Deglución: conjunto de procesos que ocurren en el tracto digestivo superior y que hacen posible la ingesta de alimentos y líquidos y su transformación en bolo alimenticio, así como su posterior transporte hasta el estómago (36). Tradicionalmente, la deglución se ha dividido en tres fases: preparatoria/oral, faríngea y esofágica (37). En la fase preparatoria/oral, el alimento/líquido ingresa a la cavidad oral, donde es transformado en bolo alimenticio y es llevado a la orofaringe (38,39). En la fase faríngea, el bolo transita desde la orofaringe a la hipofaringe, movimiento que requiere el cierre velofaríngeo (para prevenir la regurgitación nasal del bolo), la contracción peristáltica de los músculos constrictores de la faringe (los cuales transportan el bolo), la elevación de la laringe, el cierre de la vía aérea y la apertura del esfínter esofágico superior, lo que permite el ingreso del bolo al esófago, momento en el que inicia la fase esofágica, donde el bolo es transportado hacia el estómago (38).

Diagrama de flujo: representación gráfica de un algoritmo. Usualmente es utilizado en el área de la salud para describir el proceso de atención integral de pacientes con cierta condición o enfermedad. Esta herramienta ha sido reconocida como la más útil en el área de la salud; además, es utilizada por instituciones gubernamentales para mejorar los procesos de atención en salud (40).

Diagrama PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses): diagrama que permite describir el flujo de información durante las

fases de búsqueda y revisión de la evidencia. Este diagrama permite identificar el número de registros identificados, aquellos excluidos y los finalmente incluidos, así como las razones para estas exclusiones (41).

Disfagia orofaríngea (DO): dificultad para deglutir por la afectación estructural o funcional de una o más partes del aparato de la deglución (cavidad oral, faringe, laringe y esfínter esofágico superior) (42). La DO también se ha definido como una alteración de las fases preparatoria/oral o faríngea de la deglución (1). Las causas más comunes de este trastorno son las enfermedades neurodegenerativas, los accidentes cerebrovasculares y los cánceres de cabeza y cuello (3,4).

Disfagia esofágica: alteración de la fase esofágica de la deglución que compromete el tránsito esofágico del bolo (18) y que es principalmente causada por desórdenes neuromusculares localizados (p. ej., acalasia, espasmo esofágico, esclerodermia y esfínter esofágico inferior hipertenso) y obstrucciones esofágicas (p. ej., tumores intrínsecos, membranas esofágicas, cuerpos extraños, compresiones vasculares y masas mediastinales) (43).

Evaluación endoscópica de la deglución (FEES, por su sigla en inglés): procedimiento endoscópico que, a través de un laringoscopio que se pasa de forma transnasal, permite la observación estructural y funcional de la faringe y la laringe antes y después de la deglución de alimentos de distintas consistencias (líquido claro, líquido espeso y sólido) a los que se les añade tinte azul o verde para aumentar su visibilidad durante el examen. Es una alternativa a la cindegglución en los siguientes casos: pacientes con limitaciones de movilidad para lograr la posición necesaria para realizar la cindegglución, pacientes en los que la exposición a la radiación está contraindicada, pacientes en los que se necesita saber con claridad su capacidad para manejar sus secreciones o en los que se requiere observar la deglución luego de haberse sometido a un procedimiento quirúrgico y se sospecha daño del nervio vago (34).

Protección de la vía aérea, también conocida como seguridad de la deglución: corresponde a la capacidad del paciente para adaptar la función respiratoria de las estructuras de la laringe a su función deglutoria y, de esta forma, prevenir el ingreso de alimento/secreciones a la vía aérea durante la deglución (44). La protección de la vía aérea durante la deglución ocurre gracias al cierre de las cuerdas vocales verdaderas y falsas y la inversión epiglótica (31). La presencia de tos durante o después de la ingesta, cambios en la cualidad vocal o aclaramientos vocales postingesta durante la evaluación clínica de la deglución son valorados como signos de compromiso de la protección de la vía aérea (37).

Puntos de control del estándar clínico basado en la evidencia (ECBE): aspectos trazadores de cada uno de los procesos de atención en salud que se abordan en los ECBE, los cuales son de vital importancia para el seguimiento de la adherencia al proceso y permiten diseñar estrategias específicas de implementación.

Trastorno de la deglución: término que engloba tanto a la DO como a la disfagia esofágica (37).



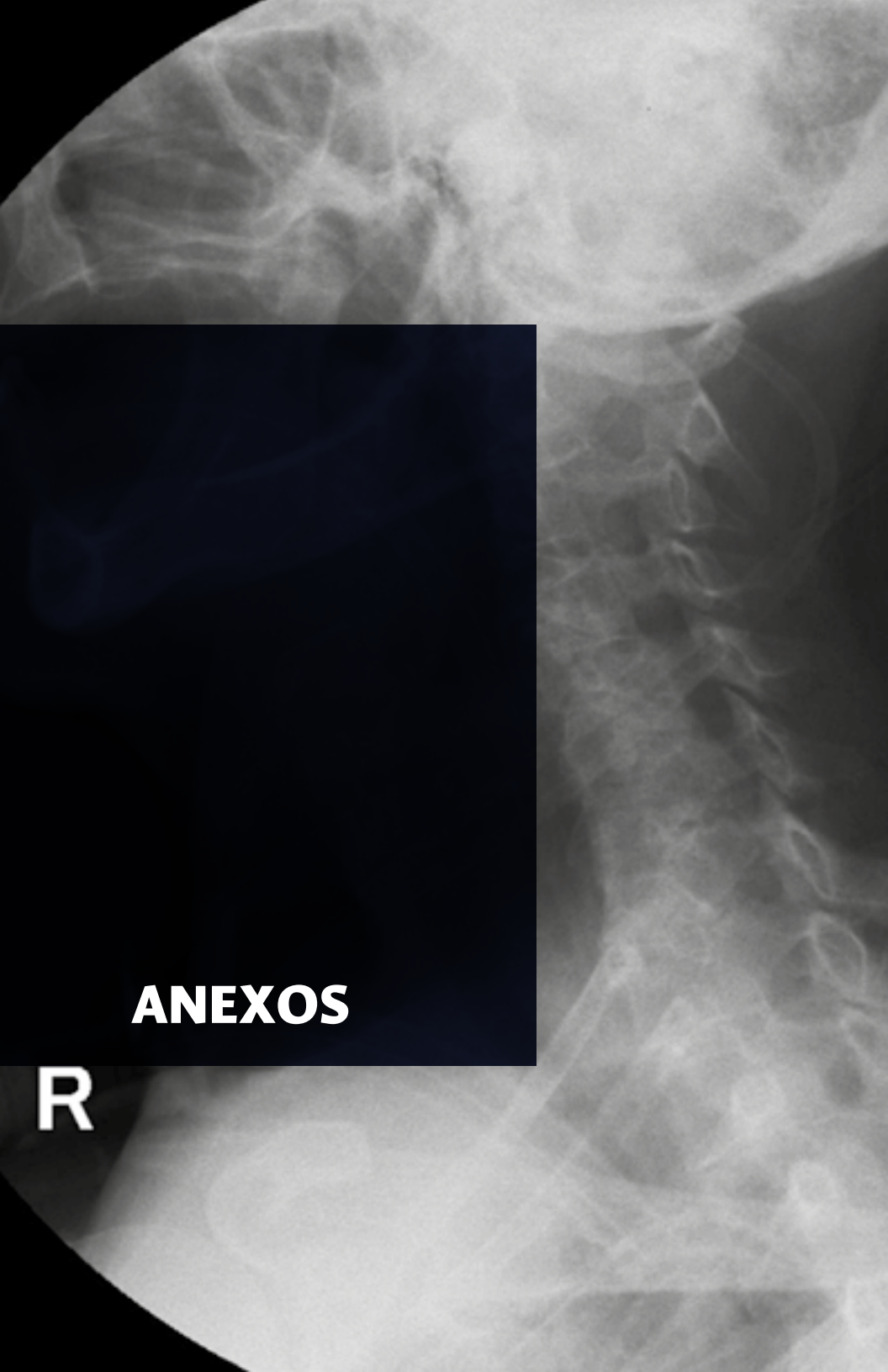
REFERENCIAS

1. Rommel N, Hamdy S. Oropharyngeal dysphagia: manifestations and diagnosis. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2016;13(1):49-59. <https://doi.org/d63z>
2. Shaker R. Oropharyngeal Dysphagia. *Gastroenterol Hepatol (N Y)*. 2006;2(9):633-634.
3. Shaker R, Easterling C, Belafsky PC, Postma GN, editores. *Manual of Diagnostic and Therapeutic Techniques for Disorders of Deglutition*. Nueva York: Springer; 2013 [citado 4 oct 2021]. Disponible en: <https://doi.org/jv77>
4. Walshe M. Oropharyngeal Dysphagia in Neurodegenerative Disease. *J Gastroenterol Hepatol Res*. 2014 [citado 8 oct 2021];3(10):1265-71. Disponible en: <https://bit.ly/3xe9jTc>
5. Baijens LWJ, Walshe M, Aaltonen L-M, Arens C, Cordier R, Cras P, et al. European white paper: oropharyngeal dysphagia in head and neck cancer. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2021;278(2):577-616. <https://doi.org/jv8b>
6. Brodsky MB, Pandian V, Needham DM. Post-extubation dysphagia: a problem needing multidisciplinary efforts. *Intensive Care Med*. 2020;46(1):93-6. <https://doi.org/jv8c>
7. Mayo Clinic. Dysphagia. Rochester: Mayo Clinic; 2022 [citado 8 oct 2021]. Disponible en: <https://mayocl.in/2kmZKM4>
8. Cyr KV. What is Oropharyngeal Dysphagia. Nueva York: Verywell Health; 2022 [citado 4 oct 2022]. Disponible en: <https://bit.ly/3lawnMy>
9. Singh S, Hamdy S. Dysphagia in stroke patients. *Postgrad Med J*. 2006;82(968):383-91. <https://doi.org/fhpcrf>
10. Altman KW, Yu G-P, Schaefer SD. Consequence of dysphagia in the hospitalized patient: impact on prognosis and hospital resources. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2010;136(8):784-9. <https://doi.org/bbw84>
11. Hayashi M, Yahiro A, Sakuragi Y, Iwamatsu K, Sakamoto H, Kaizuka Y, et al. Impaired Swallowing in Hospitalized Patients: An Observational Study in a Community Hospital in Japan (2012-2014). *Nurs Res*. 2016;65(5):389-96. <https://doi.org/f85kp7>
12. Spronk PE, Spronk LEJ, Lut J, Gnacke E, Mijnes D, van Munster B, et al. Prevalence and characterization of dysphagia in hospitalized patients. *Neurogastroenterol Motil*. 2020;32(3):e13763. <https://doi.org/gp3xnd>
13. Schefold JC, Berger D, Zürcher P, Lensch M, Perren A, Jakob SM, et al. Dysphagia in Mechanically Ventilated ICU Patients (DYNAMICS): A Prospective Observational Trial. *Crit Care Med*. 2017;45(12):2061-9. <https://doi.org/gcmr6p>
14. Zuercher P, Moret CS, Dziewas R, Schefold JC. Dysphagia in the intensive care unit: epidemiology, mechanisms, and clinical management. *Crit Care*. 2019;23(1):103. <https://doi.org/gg7gst>

15. Dawson C, Capewell R, Ellis S, Matthews S, Adamson S, Wood M, et al. Dysphagia presentation and management following COVID-19: an acute care tertiary centre experience. *J Laryngol Otol.* 2020;1-6. <https://doi.org/jv8j>
16. Regan J, Walshe M, Lavan S, Horan E, Gillivan Murphy P, Healy A, et al. Post-extubation dysphagia and dysphonia amongst adults with COVID-19 in the Republic of Ireland: A prospective multi-site observational cohort study. *Clin Otolaryngol.* 2021;46(6):1290-9. <https://doi.org/gn26kh>
17. Zuercher P, Moret CS, Dziewas R, Schefold JC. Dysphagia in the intensive care unit: epidemiology, mechanisms, and clinical management. *Crit Care.* 2019;23(1):103. <https://doi.org/gg7gst>
18. Smithard DG, O'Neill PA, Parks C, Morris J. Complications and outcome after acute stroke. Does dysphagia matter? *Stroke.* 1996;27(7):1200-4. <https://doi.org/fkdvxb>
19. Macht M, King C, Wimbish T, Clark B, Benson A, Burnham E, et al. Post-extubation dysphagia is associated with longer hospitalization in survivors of critical illness with neurologic impairment. *Crit Care.* 2013;17(3):R119. <https://doi.org/gn22qg>
20. Liaw M-Y, Hsu C-H, Leong C-P, Liao C-Y, Wang L-Y, Lu C-H, et al. Respiratory muscle training in stroke patients with respiratory muscle weakness, dysphagia, and dysarthria - a prospective randomized trial. *Medicine (Baltimore).* 2020;99(10):e19337. <https://doi.org/gjnn9d>
21. Sura L, Madhavan A, Carnaby G, Crary MA. Dysphagia in the elderly: management and nutritional considerations. *Clin Interv Aging.* 2012;7:287-98. <https://doi.org/f926>
22. Brouwers MC, Kerkvliet K, Spithoff K; AGREE Next Steps Consortium. The AGREE Reporting Checklist: a tool to improve reporting of clinical practice guidelines. *BMJ.* 2016;i1152. <https://doi.org/ggdjmg>
23. Beck AM, Kjaersgaard A, Hansen T, Poulsen I. Systematic review and evidence based recommendations on texture modified foods and thickened liquids for adults (above 17 years) with oropharyngeal dysphagia - An updated clinical guideline. *Clin Nutr.* 2018;37(6 Pt A):1980-91. <https://doi.org/jv8k>
24. Newman R, Vilardell N, Clavé P, Speyer R. Effect of Bolus Viscosity on the Safety and Efficacy of Swallowing and the Kinematics of the Swallow Response in Patients with Oropharyngeal Dysphagia: White Paper by the European Society for Swallowing Disorders (ESSD). *Dysphagia.* 2016;31(2):232-49. <https://doi.org/f8hrpb>
25. Dziewas R, Allescher H-D, Aroyo I, Bartolome G, Beilenhoff U, Bohlender J, et al. Diagnosis and treatment of neurogenic dysphagia – S1 guideline of the German Society of Neurology. *Neurol Res Pract.* 2021;3(1):23. <https://doi.org/jv8m>

26. Russi EG, Corvò R, Merlotti A, Alterio D, Franco P, Pergolizzi S, et al. Swallowing dysfunction in head and neck cancer patients treated by radiotherapy: review and recommendations of the supportive task group of the Italian Association of Radiation Oncology. *Cancer Treat Rev*. 2012;38(8):1033-49. <https://doi.org/xxs>
27. Fernández A, Peñas L, Yuste E, Díaz A. Exploración y abordaje de la disfagia secundaria a vía aérea artificial [Exploration and approach to artificial airway dysphagia]. *Med Intensiva*. 2012;36(6):423-33. <https://doi.org/dvrp5v>
28. Chiappero G, Falduti A, Cámpora H, Violi D, Vázquez B, Ton V, et al. Detección de la disfagia en el paciente adulto con vía aérea artificial en terapia intensiva, recomendaciones de expertos intersocietarias. *Rev Argent Ter Intensiva*. 2020;37(1):20-35. <https://bit.ly/3K1eNbz>
29. Butler SG, Markley L, Sanders B, Stuart A. Reliability of the Penetration Aspiration Scale With Flexible Endoscopic Evaluation of Swallowing. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 2015;124(6):480-3. <https://doi.org/f7bn5x>
30. Crary MA, Mann GDC, Groher ME. Initial psychometric assessment of a functional oral intake scale for dysphagia in stroke patients. *Arch Phys Med Rehabil*. 2005;86(8):1516-20. <https://doi.org/fhb26x>
31. O'Neil KH, Purdy M, Falk J, Gallo L. The Dysphagia Outcome and Severity Scale. *Dysphagia*. 1999;14(3):139-45. <https://doi.org/bg863f>
32. Igual-Fraile D, Sánchez AM, Robledo A, Fernández-Bermejo M. Gastrostomía endoscópica percutánea: su utilidad en Atención Primaria. *Medifam*. 2003;13(1):12-8.
33. Ilott I, Rick J, Patterson M, Turgoose C, Lacey A. What is protocol-based care? A concept analysis. *J Nurs Manag*. 2006;14(7):544-52. <https://doi.org/cpqt58>
34. Gulwani S. Programming by examples: Applications, algorithms, and ambiguity resolution. Redmond: Microsoft Corporation; 2016.
35. Johnson AF, Jacobson BH. Medical Speech-Language Pathology. 3.ra ed. Nueva York: Georg Thieme Verlag; 2016. <https://doi.org/jv76>
36. Shaker R, Belafsky PC, Postma GN, Easterling C, editors. Principles of Deglutition. Nueva York: Springer New York; 2013 [citado 4 oct 2021]. Disponible en: <https://doi.org/7tz>
37. Ekberg O, editor. Dysphagia: Diagnosis and Treatment. Berlín, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2012 [citado 4 oct 2021]. Disponible en: <https://doi.org/jv78>
38. McCarty EB, Chao TN. Dysphagia and Swallowing Disorders. *Med Clin North Am*. 2021;105(5):939-54. <https://doi.org/gqzvp3>
39. Daniels SK, Huckabee M-L, Gozdzikowska K. Dysphagia following stroke. 3.ª ed. San Diego (CA): Plural Publishing; 2019 [citado 8 oct 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/3RPAJrP>

40. Jun G, Ward J, Morris Z, Clarkson J. Health care process modelling: which method when? *Int J Qual Health Care*. 2009;21(3):214-24. <https://doi.org/dn99p3>
41. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, PRISMA Group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med*. 2009;6(7):e1000097. <https://doi.org/bq3jpc>
42. Shaker R. Oropharyngeal Dysphagia. *Gastroenterol Hepatol (N Y)*. 2006; 2(9):633-4.
43. Kruger D. Assessing esophageal dysphagia. *JAAPA*. 2014;27(5):23-30. <https://doi.org/jv79>
44. Rosales-Zábal JM, Pérez-Aisa A. Disfagia orofaríngea. *Rapid Online*. 2012;35(1):29-35



ANEXOS

R

ANEXO 1: VERSIÓN COMPLETA DE LA METODOLOGÍA DE LOS ESTÁNDARES CLÍNICOS BASADOS EN EVIDENCIA

Metodología

El ECBE se desarrolló mediante un proceso secuencial de siete fases: i) conformación del grupo desarrollador; ii) definición del alcance y los objetivos del ECBE; iii) revisión sistemática de GPC; iv) elaboración del algoritmo preliminar; v) desarrollo de un acuerdo interdisciplinario; vi) elaboración del algoritmo final, y vii) revisión y edición del ECBE. Cada una de estas etapas se describe a continuación:

i) Conformación del grupo elaborador

El grupo desarrollador estuvo conformado por expertos en fonoaudiología y en epidemiología clínica, quienes se reunieron de forma virtual para determinar las directrices metodológicas, técnicas y temáticas respecto al desarrollo de las recomendaciones del ECBE. El grupo estuvo constituido por un líder metodológico con experiencia en el desarrollo de estándares clínicos, dos profesionales de la salud con formación en medicina en basada en evidencia y dos fonoaudiólogos con experiencia en el abordaje integral de los desórdenes de la deglución en población adulta. Todos los miembros del grupo desarrollador aceptaron participar en el proceso de desarrollo del estándar y diligenciaron y firmaron el respectivo formato de conflicto de intereses, de acuerdo con la normatividad vigente para el desarrollo de ECBE.

ii) Definición de alcance y objetivos

Esta actividad representa el componente principal del ECBE y suele ser objeto de las evaluaciones de calidad de este tipo de documentos (1,2). En esta etapa se plantearon el alcance y los objetivos para el desarrollo del ECBE a partir de preguntas trazadoras como: 1) ¿por qué se hace?, 2) ¿para qué se hace?, 3) ¿quiénes la usarán?, 4) ¿a quiénes se dirige?, 5) ¿qué problema o condición se quiere delimitar?, 6) ¿qué pregunta de salud específica se quiere abordar? (3).

En lo que respecta al alcance, el equipo desarrollador estuvo a cargo de su formulación teniendo en cuenta los siguientes componentes: 1) población objetivo: población en la que se aplicarán específicamente las recomendaciones del ECBE; 2) poblaciones especiales a las que pueda aplicarse el ECBE (equidad en salud): poblaciones indígenas, comunidad afrodescendiente, poblaciones rurales, etcétera; 3) aspecto de la enfermedad o condición que se piensa abordar: tratamiento, diagnóstico, prevención, seguimiento, etcétera; 4) aspectos de la enfermedad que no serán incluidas: tratamiento, diagnóstico, prevención, seguimiento, etcétera; 5) contexto de atención en

salud: consulta externa, hospitalización, cirugía, unidad de cuidados intensivos, etcétera; 6) especialidades, áreas o servicios de salud involucrados en la implementación del ECBE: quiénes deberán utilizar las recomendaciones emitidas por el ECBE.

Los objetivos se establecieron teniendo en cuenta que estos deben describir de forma clara y concreta la finalidad del ECBE. De esta forma, los objetivos se formularon considerando las actividades de revisión de la literatura, las áreas asistenciales involucradas y el consenso interdisciplinario al que ha de llegarse como producto final del ECBE. En la formulación de los objetivos también se incluyeron la identificación de puntos de control y los lineamientos para la difusión e implementación del ECBE.

iii) Revisión sistemática de GPC

Se realizaron búsquedas sistemáticas en diferentes bases de datos para identificar las GPC que respondieran al objetivo y alcance del ECBE. En la revisión de la literatura solo se consideraron documentos publicados en los últimos 10 años en revistas científicas o documentos técnicos encontrados como literatura gris calificadas como GPC basadas en la evidencia que reportaran indicaciones o recomendaciones relativas al diagnóstico y tratamiento de pacientes adultos con DO.

Teniendo en cuenta lo anterior, se diseñaron estrategias de búsqueda electrónica altamente sensibles con el fin de identificar documentos que cumplieran con los criterios antes descritos. Las búsquedas se llevaron a cabo entre el 25 de abril y el 2 de mayo de 2021 en las siguientes bases de datos::

84 |

1. Desarrolladores:

- a. Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) - Colombia
- b. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) - Reino Unido
- c. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) - Colombia
- d. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) - México
- e. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) - Escocia
- f. Organización Panamericana de la Salud (OPS)
- g. Sistema de Información de la Biblioteca de la OMS (WHOLIS)
- h. Australian Clinical Practice Guidelines - GPC Australia
- i. Organización Mundial de la Salud (OMS)
- j. Biblioteca Guía Salud - España
- k. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)

2. Compiladores:

- a. Guidelines International Network (GIN)
- b. CPG Infobase: Clinical Practice Guidelines (CMA infodatabase)

3. Bases de datos de revistas científicas:

- a. Medline
- b. LILACS
- c. Embase

También se efectuaron búsquedas en asociaciones nacionales e internacionales relacionadas con el estudio, detección, diagnóstico y tratamiento de los trastornos de la deglución como sociedades de gastroenterología y rehabilitación. En lo que respecta a las búsquedas, primero se identificaron los términos clave (lenguaje natural) correspondientes a la condición de salud o área de interés que se abordarán en el ECBE. Luego, se construyó una estrategia de búsqueda de base compuesta por vocabulario controlado (términos MeSH, Emtree y DeCS) y lenguaje libre (variaciones ortográficas, plurales, sinónimos, acrónimos y abreviaturas).

A partir de la estrategia de búsqueda de base se crearon estrategias de búsqueda para las diferentes bases de datos consultadas, utilizando, cuando fue posible, expansión de términos, identificadores de campo (título y resumen), truncadores y operadores booleanos y de proximidad. Para cada búsqueda se generó un reporte que garantizara su reproducibilidad y transparencia. Se descargaron todos los archivos con extensión RIS o los documentos en formato PDF para consolidar todos los resultados en una sola base de datos y, de esta forma, desarrollar los procesos de tamización y selección de los estudios y de evaluación de la calidad de la evidencia. Las tablas de reporte de estrategias de búsqueda de la evidencia se pueden consultar en el anexo 10.

Definición de los criterios de elegibilidad

Antes de iniciar el proceso de tamización y selección de la evidencia, el grupo desarrollador estableció criterios de elegibilidad bien definidos. Este proceso estuvo a cargo del líder clínico y el líder metodológico del grupo, con la colaboración del resto de integrantes. La sección alcance y objetivos fue el insumo principal para definir estos criterios, los cuales se presentan a continuación:

| 85

Criterios de inclusión

- GPC sobre el diagnóstico y/o tratamiento de la DO en población adulta.
- GPC publicadas en inglés o español y con acceso a texto completo.
- GPC publicadas en los últimos 10 años.
- GPC con una evaluación global de la calidad mayor a seis según el instrumento AGREE-II o con un puntaje mayor a 60 % en los dominios de rigor metodológico e independencia editorial

Criterios de exclusión

- GPC sobre el diagnóstico y tratamiento de la disfagia esofágica.
- GPC sobre el diagnóstico y tratamiento de la DO en población pediátrica

Tamización de las GPC identificadas en las búsquedas y evaluación del riesgo de sesgo en las GPC incluidas

Tamización de las GPC identificadas en la búsqueda de la literatura: la tamización de la evidencia se realizó mediante la revisión del título, resumen y texto completo de los documentos identificados en las búsquedas sistemáticas. Este proceso se llevó a cabo de manera independiente por uno de los miembros del equipo metodológico y por el líder clínico; las discrepancias fueron resueltas por un tercer integrante del grupo desarrollador (líder metodológico); sin embargo, no hubo diferencias entre las decisiones de los dos revisores. Los estudios sin acceso a texto completo y los recuperados en texto completo al momento del desarrollo fueron excluidos. El proceso de tamización y selección de la evidencia, así como el número de referencias evaluadas en cada etapa del proceso, se describe en el anexo 2.

Evaluación de la calidad

La calidad de las GPC seleccionadas fue evaluada con el instrumento AGREE-II, una herramienta diseñada para calificar la calidad metodológica de las GPC, que consta de seis dominios, cada uno con diferentes ítems, en los que se puede obtener una puntuación entre 1 y 7: 1 es el nivel más bajo (calificación muy en desacuerdo) y 7, el más alto (calificación muy de acuerdo). Después de evaluar todos los ítems de cada dominio, se calcula el porcentaje obtenido sobre una base de 100 % (4). La calidad de la evidencia se evaluó de forma independiente por dos miembros del grupo desarrollador: un representante del grupo clínico y uno del grupo metodológico.

86 |

Decisión sobre la inclusión de GPC para el desarrollo del ECBE

En las búsquedas iniciales se recuperaron 936 registros. Luego de remover los duplicados ($n = 39$), se identificaron 897 estudios en total, de los cuales 877 fueron excluidos en la etapa de revisión de títulos y resúmenes. Después, de los 20 documentos en los que se realizó lectura del texto completo, 5 GPC fueron seleccionadas para evaluar su calidad metodológica con el instrumento AGREE-II (4). Por último, en la etapa de evaluación de la calidad metodológica, 1 GPC fue excluida; las 4 GPC cumplieron con los criterios de elegibilidad y fueron finalmente incluidas para la revisión de la evidencia, que se presentan en la tabla 1. El proceso de búsqueda, tamización y selección de la evidencia se resume en la figura PRISMA, disponible en el anexo 2. Las referencias excluidas en las etapas de lectura de texto completo y evaluación de la calidad, así como los resultados de la evaluación de la calidad metodológica de las 5 GPC, se pueden consultar en el anexo 3.

Tabla 1. Guías de práctica clínica identificadas en la búsqueda de la literatura, que cumplieron los criterios de elegibilidad para el desarrollo del estándar clínico basado en la evidencia.

Id	Nombre de la GPC	Grupo de desarrollador	País	Idioma	Año
GPC*1	Systematic review and evidence-based recommendations on texture modified foods and thickened liquids for adults (above 17 years) with oropharyngeal dysphagia - An updated clinical guideline (5).	Danish Centre for Clinical Guidelines - Danish National Clearinghouse	Dinamarca	Inglés	2018
GPC2	Effect of Bolus Viscosity on the Safety and Efficacy of Swallowing and the Kinematics of the Swallow Response in Patients with Oropharyngeal Dysphagia: White Paper by the European Society for Swallowing Disorders (ESSD) (6).	European Society for Swallowing Disorders	España	Inglés	2016
GPC3	Diagnosis and treatment of neurogenic dysphagia - S1 guideline of the German Society of Neurology (7).	German Society of Neurology	Alemania	Inglés	2021
GPC4	Swallowing dysfunction in head and neck cancer patients treated by radiotherapy: review and recommendations of the supportive task group of the Italian Association of Radiation Oncology (8).	Italian Association of Radiation Oncology	Italia	Inglés	2012

*GPC: guía de práctica clínica.

Elaboración de las tablas comparativas de la evidencia

Para esta actividad, el grupo elaborador desarrollador se reunió y determinó de forma conjunta los dominios de la enfermedad que son de interés para el ECBE y sobre los que se debía obtener información a partir de las GPC seleccionadas luego de los procesos de búsqueda, tamización y selección de la evidencia. El término *dominio* fue definido como los aspectos puntuales de la enfermedad que debían ser incluidos en el ECBE, a saber: 1) cómo realizar el diagnóstico de DO; 2) las medidas iniciales del tratamiento hospitalario; 3) los servicios asistenciales involucrados en la atención de estos pacientes; 4) los medicamentos o procedimientos que se deben utilizar en el tratamiento de

estos pacientes; 5) el tiempo de hospitalización recomendado; 6) las medidas de egreso, y 7) el tiempo de seguimiento.

Una vez establecidos los dominios, para la elaboración del diagrama de flujo se creó una tabla comparativa de la evidencia, en la cual se definió la información por incluir para cada dominio: 1) puntos de control de posible utilidad; 2) recomendaciones respecto al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, y 3) áreas/servicios asistenciales involucrados en el proceso de atención integral de la enfermedad. Esta actividad la desarrolló uno de los expertos clínicos del grupo desarrollador, con acompañamiento de los expertos metodológicos y previa realización de capacitaciones impartidas por el equipo metodológico al grupo de expertos clínicos. La evaluación de los diferentes grados de evidencia de las recomendaciones reportadas en cada GPC se llevó a cabo con la herramienta específica establecida en cada documento. En el anexo 4 se describen los sistemas de evaluación de la calidad de evidencia utilizados en la evaluación de las GPC incluidas en este ECBE.

iv) Elaboración del algoritmo preliminar

Para la creación del algoritmo preliminar del ECBE, el equipo elaborador revisó conjuntamente las recomendaciones extraídas de las GPC para cada uno de los dominios de la enfermedad planteados. Además, se socializó la calidad de la evidencia y el grado de recomendación para todas las sugerencias descritas por las GPC seleccionadas. Posteriormente, se llegó a un acuerdo sobre los especialistas requeridos para complementar el grupo colaborador con el fin de elaborar el diagrama de flujo del diagnóstico y tratamiento de pacientes adultos con DO. En este punto se solicitó el apoyo de expertos clínicos de las especialidades de nutrición y dietética, enfermería y gastroenterología.

Finalmente, para elaborar los diagramas de flujo se organizaron reuniones presenciales y virtuales, con una duración aproximada de 2 horas cada una, en las que se discutió la evidencia clínica seleccionada, teniendo en cuenta la experiencia clínica de los participantes y el flujo actual de atención en el HUN, para elaborar el diagrama de flujo para el diagnóstico y tratamiento de los estos pacientes en el HUN. En estas reuniones participaron los expertos clínicos de las especialidades mencionadas y un experto metodológico con formación previa en la elaboración de diagramas de flujo.

v) Desarrollo de un acuerdo interdisciplinario

Para lograr el acuerdo interdisciplinario se realizaron varias actividades. Primero, se identificaron las áreas asistenciales o servicios clínicos involucrados en el proceso de atención integral de los pacientes adultos con DO en el HUN. Luego, la lista de áreas o servicios asistenciales identificados se presentó ante los miembros del Comité de Generación de Estándares Clínicos Basados en la Evidencia (la unidad de gobernanza del proceso), quienes se encargaron de avalar la lista y de complementarla en caso de considerarlo pertinente. Posteriormente, se envió una comunicación escrita a los coordinadores o jefes

de estas áreas asistenciales solicitándoles la designación oficial de un representante encargado de asistir a la reunión de consenso. Una vez designados los representantes, se les envió, mediante correo electrónico, la versión preliminar del ECBE y un formato de sugerencia de cambios, el cual se les solicitó diligenciar y enviarlo en un plazo no mayor a 5 días hábiles. No se recibieron sugerencias de los representantes de los servicios o áreas asistenciales dentro de este plazo.

En la reunión de consenso, realizada el 17 de diciembre del 2021, participaron los representantes de los siguientes servicios o áreas asistenciales: 1) gastroenterología, 2) otorrinolaringología, 3) nutrición clínica, 4) radiología e imágenes diagnósticas y 5) enfermería. La información contenida en los diagramas de flujo del ECBE y los puntos de control fueron presentados en cinco secciones (cuatro secciones del ECBE y una sobre los puntos de control) y se utilizó una escala tipo Likert de 1 a 9 para evaluar el grado de acuerdo con cada sección, en la que 1 correspondió a *muy en desacuerdo* con la sección y 9, a *completamente de acuerdo*. Para determinar si había consenso en las respuestas a cada una de las ocho preguntas, la escala se dividió en tres zonas de puntuación: i) de 1 a 3, ii) de 4 a 6 y iii) de 7 a 9.

Utilizando como referencia el rango de la votación entre 1 y 9, se consideró que hubo consenso total cuando la puntuación mayor y la menor se encontraron en una sola zona de la escala y consenso parcial cuando la puntuación mayor y la menor se ubicaron en dos zonas consecutivas de la escala. Por el contrario, se consideró que no hubo consenso (i.e. no consenso) cuando el rango de la puntuación obtenida en la ronda de votación se encontró en las tres zonas de la escala (figura 1) (9). Para cada una de las preguntas se aceptó un máximo de tres rondas de votación; sin embargo, en la primera ronda de votaciones se obtuvo una puntuación unánime de 7-9 (*de acuerdo a completamente de acuerdo con la sección presentada*) para las cinco secciones, es decir, un consenso total a favor de las recomendaciones planteadas para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los pacientes con DO en el HUN.



Figura 1. Escala tipo Likert utilizada en la reunión de consenso.

Fuente: adaptado de (9).

A continuación, se presenta cada una de las preguntas realizadas por sección y los resultados obtenidos en la votación de la reunión de consenso (tabla 2 y tabla 3)

Tabla 2. Secciones presentadas en la reunión de consenso y preguntas realizadas hechas para cada sección en la ronda de votación.

Sección	Pregunta
Sección 1: evaluación clínica de la deglución	¿Cuál es su grado de acuerdo frente a la sección 1: evaluación clínica de la deglución?
Sección 2: evaluación instrumental de la deglución	¿Cuál es su grado de acuerdo frente a la sección 2: evaluación instrumental de la deglución?
Sección 3: definición de la vía de alimentación en el paciente con DO	¿Cuál es su grado de acuerdo frente a la sección 3: definición de la vía de alimentación en el paciente con DO?
Sección 4: rehabilitación del paciente con DO	¿Cuál es su grado de acuerdo frente a la sección 4: rehabilitación del paciente con DO?
Sección 5: puntos de control	¿Cuál es su grado de acuerdo frente a la sección 5: puntos de control?

Para cada una de las preguntas se recibieron cinco repuestas correspondientes a los representantes de los servicios de gastroenterología, otorrinolaringología, nutrición clínica, radiología e imágenes diagnósticas y enfermería. En la tabla 3 se presentan los resultados obtenidos en las votaciones.

Tabla 3. Resultados de las votaciones realizadas en la reunión de consenso.

	# Votantes	1 a 3	4 a 6	7 a 9	Mediana	Rango
1. Pregunta sección 1	5	0 %	0 %	100 %	9	8;9
2. Pregunta sección 2	5	0 %	0 %	100 %	9	7;9
3. Pregunta sección 3	5	0 %	0 %	100 %	9	8;9
4. Pregunta puntos de control	5	0 %	0 %	100 %	9	8;9
5. Pregunta puntos de control	5	0 %	0 %	100 %	8	7;9

vi) Elaboración del algoritmo final

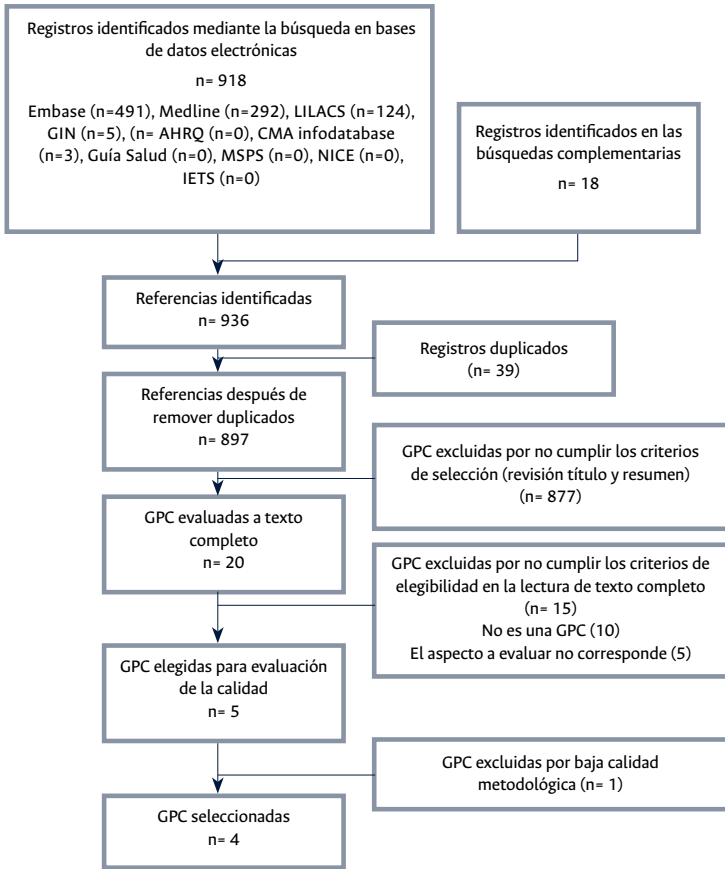
Para la elaboración de la versión final del ECBE, el equipo desarrollador se reunió y unificó las sugerencias emitidas en la fase de consenso y, con base en estas, modificó el algoritmo preliminar del documento, además de la información adicional referida para cada aspecto del algoritmo por ampliar. En este sentido, el equipo metodológico se encargó de resumir los resultados de las votaciones efectuadas en la reunión de consenso y de ajustar la sección de metodología del ECBE.

Ya que se requirió información adicional relativa a la preparación del paciente para la evaluación instrumental de la deglución, el equipo desarrollador y el profesional delegado del Servicio de Radiología e Imágenes Diagnósticas definieron los requerimientos y se llevaron a cabo los cambios sugeridos en esta sección del ECBE.

vii) Revisión y edición

Como actividad final del proceso, se realizó la revisión estilo y diagramación del documento y, de esta forma, se obtuvo la versión final del ECBE. Posteriormente se envió el documento a los participantes del consenso interdisciplinario para una última revisión.

ANEXO 2. DIAGRAMA PRISMA



Fuente: tomado y adaptado de (7).

ANEXO 3: DOCUMENTOS ADICIONALES

Este anexo se encuentra disponible en un archivo adicional y contiene la siguiente información:

- Lista de términos para la búsqueda de evidencia
- Compilado de referencias - fase de tamización de la evidencia
- Evaluaciones de la calidad de las GPC seleccionadas según el instrumento AGREE-II
- Tabla comparativa de extracción de la información de las GPC seleccionadas
- Formatos de asistencia y conflicto de intereses para la reunión de consenso interdisciplinar.

Consulta el anexo aquí: <https://drive.google.com/drive/u/2/folders/111jt-PPIy9sKk29d6dSrDPGeFeq0mJwMy>

ANEXO 4. SISTEMAS DE CALIFICACIÓN DE LA EVIDENCIA UTILIZADOS EN EL ECBE

Escala de clasificación de la calidad de la evidencia y fuerza de las recomendaciones del sistema GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation)*.

Paso 1. Establecer el nivel de evidencia		Paso 2. Razones para considerar el nivel de evidencia.		Paso 3. Nivel de evidencia final
Diseño del estudio	Confiabilidad inicial de estimación del efecto	Baja calidad	Alta calidad	Confiabilidad teniendo en cuenta las consideraciones
Ensayos aleatorizados	Alta	Riesgo de sesgo Inconsistencia Imprecisión Sesgo de publicación	Grandes efectos Respuesta a la dosis Plausibilidad	Alta
				Moderada
Estudios observacionales	Baja			Baja
				Muy baja

94 |

Implicaciones de la fuerza de la recomendación en el sistema GRADE		
Implicaciones de una recomendación fuerte		
Pacientes	Clínicos	Gestores/planificadores
La inmensa mayoría de las personas estarían de acuerdo con la acción recomendada y únicamente una pequeña parte no lo estarían	La mayoría de los pacientes deberían recibir la intervención recomendada	La recomendación puede ser adoptada como política sanitaria en la mayoría de las situaciones
Implicaciones de una recomendación débil		
La mayoría de las personas estarían de acuerdo con la acción recomendada, pero un número importante de ellas no	Reconoce que diferentes opciones serán apropiadas para diferentes pacientes y que el profesional sanitario tiene que ayudar a cada paciente a llegar a la decisión más consistente con sus valores y preferencias	Existe necesidad de un debate importante y la participación de los grupos de interés

✓	Recomendación basada en la experiencia clínica y el consenso del grupo elaborador
<p>En ocasiones, el grupo desarrollador se percató de que existe un aspecto práctico importante que es necesario destacar y para el cual, probablemente, no hay ningún tipo de evidencia científica que lo soporte. En general, estos casos están relacionados con algún aspecto del tratamiento considerado como buena práctica clínica y que nadie cuestionaría normalmente y, por tanto, son valorados como puntos de <i>buena práctica clínica</i>. Estos puntos no son una alternativa a las recomendaciones basadas en la evidencia científica, sino que deben considerarse solo cuando no haya otra forma de destacar dicho aspecto.</p>	

Fuente: adaptado de (11,12).

*Herramienta utilizada para la evaluación de la evidencia de la GPC 1 (5).

Sistema de calificación de la calidad de la evidencia y fuerza de las recomendaciones según el National Health and Medical Research Council (NHMRC)*.

Designación de los niveles de evidencia	
I	Evidencia obtenida de una revisión sistemática de ensayos controlados aleatorizados.
II	Evidencia obtenida de al menos un estudio controlado aleatorizado.
III-1	Evidencia obtenida de ensayos controlados pseudoaleatorizados bien diseñados (asignación alternativa o algún otro método).
III-2	Evidencia obtenida de estudios comparativos con controles concurrentes y asignación no aleatorizados (estudios de cohortes), estudios de casos y controles o series de tiempo interrumpidas con un grupo de control.
III-3	Evidencia obtenida de estudios comparativos con control histórico, dos o más estudios de un solo brazo o series de tiempo interrumpidas sin un grupo de control paralelo.
IV	Evidencia obtenida de series de casos, ya sea post-test o pretest y post-test.

Fuente: adaptado de (13).

*Herramienta utilizada para la evaluación de la evidencia de la GPC 2 (6).

Sistema de calificación de la calidad de la evidencia y fuerza de las recomendaciones según la German Society of Neurology (GSN)*.

Niveles de evidencia	Fuerza de la recomendación
Alto	Debe/ <i>must</i> (implementarse)
Bajo	Debiera/ <i>should</i> (implementarse)
Muy bajo	Puede/ <i>can</i> (implementarse)

Fuente: adaptado de 13.

*Herramienta utilizada para la evaluación de la evidencia de la GPC 3 (7).

Sistema de clasificación de la calidad de la evidencia y fuerza de las recomendaciones de Oxford Centre for Evidence-Based Medicine (CEBM)*.

Niveles de evidencia	Explicación
I	Evidencia obtenida de revisiones sistemáticas, estudios de pruebas diagnósticas de alta calidad, estudios prospectivos o ensayos aleatorizados controlados
II	Evidencia obtenida de revisiones sistemáticas, estudios de pruebas diagnósticas de baja calidad, estudios prospectivos o ensayos controlados aleatorizados (p. ej., criterios diagnósticos y estándares de referencia más débiles, aleatorización inapropiada, estudios sin cegamiento, seguimiento <80 %)
III	Estudios de casos y controles o retrospectivos
IV	Series de casos
V	Opinión de expertos

Grados de recomendación	Descripción
A	Estudios consistentes de nivel I
B	Evidencia de nivel II o III o extrapolaciones de estudios de nivel I
C	Evidencia de nivel IV o extrapolaciones de estudios de nivel II o III
D	Evidencia de nivel V o estudios de cualquier nivel preocupantemente inconsistentes o no concluyentes

96 |

Fuente: tomado y adaptado de Oxford Centre for Evidence-based Medicine (CEBM) (14).

*Herramienta utilizada para la evaluación de la evidencia de la GPC 4 (8).

ANEXO 5. ESCALA DE COMA DE GLASGOW

Glasgow Coma Scale/Score (GCS)

Característica	Respuesta	Puntaje
Mejor respuesta ocular	Apertura espontánea	4
	Apertura a la demanda verbal	3
	Apertura al dolor	2
	Sin apertura ocular	1
Mejor respuesta verbal	Orientado	5
	Confundido	4
	Palabras inapropiadas	3
	Sonidos incompresibles	2
	Sin respuesta verbal	1
Mejor respuesta verbal	Obedece instrucciones	6
	Localiza el dolor	5
	Retiro al dolor	4
	Flexión al dolor	3
	Extensión al dolor	2
	Sin respuesta motora	1

Fuente: adaptado de (15).

ANEXO 6. ESCALA RASS

RASS (Richmond Agitation Sedation Scale)

Puntaje	Término	Descripción
+4	Combativo	Abiertamente combativo o violento; peligro inmediato para el personal
+3	Muy agitado	Hala o remueve sondas o catéteres o tiene un comportamiento agresivo hacia el personal
+2	Agitado	Movimiento frecuente sin propósito o disincronía paciente-ventilador
+1	Inquieto	Ansioso o aprehensivo pero los movimientos son no agresivos o vigorosos
0	Alerta y calmado	
-1	Soñoliento	No totalmente alerta, pero se ha mantenido despierto (más de 10 segundos) con contacto visual a la voz (llamado)
-2	Sedación leve	Brevemente se despierta (menos de 10 segundos) con contacto visual a la voz (llamado)
-3	Sedación moderada	Cualquier tipo de movimiento (pero sin contacto visual) a la voz (llamado)
-4	Sedación profunda	Sin respuesta a la voz, pero sí hay algún tipo de movimiento a la estimulación física
-5	Imposible de despertar	Sin respuesta a la voz (llamado) o al estímulo físico

Fuente: adaptado de (16).

ANEXO 7. ESCALA FOIS.

FOIS (Functional Oral Intake Scale)

Nivel	Descripción
1	Nada por vía oral
2	Dependiente de alguna vía alternativa y mínima vía oral de alimentos o líquidos
3	Dependiente de alguna vía alternativa con vía oral de alimentos o líquidos consistente
4	Vía oral total con única consistencia
5	Vía oral total con múltiples consistencias, pero con necesidades de preparación especial o compensaciones
6	Vía oral total con múltiples consistencias, sin necesidad de preparación especial o compensaciones, pero con restricciones alimentarias
7	Vía oral total sin restricciones

Fuente: adaptado de (17).

ANEXO 8. ESCALA PAS.

PAS (Penetration-Aspiration Scale)

Nivel	Descripción
1	El material no ingresa a las vías respiratorias
2	El material ingresa a las vías respiratorias, permanece por encima de las cuerdas vocales y se expulsa de las vías respiratorias
3	El material ingresa a las vías respiratorias, permanece por encima de las cuerdas vocales y no se expulsa de las vías respiratorias
4	El material ingresa a las vías respiratorias, entra en contacto con las cuerdas vocales y es expulsado de las vías respiratorias
5	El material ingresa a las vías respiratorias, entra en contacto con las cuerdas vocales y no es expulsado de las vías respiratorias
6	El material ingresa a las vías respiratorias, pasa por debajo de las cuerdas vocales y es expulsado hacia la laringe o fuera de las vías respiratorias
7	El material ingresa a las vías respiratorias, pasa por debajo de las cuerdas vocales y no es expulsado de la tráquea a pesar del esfuerzo.
8	El material ingresa a las vías respiratorias, pasa por debajo de las cuerdas vocales y no se hace ningún esfuerzo para rechazarlo.

ANEXO 9. ESCALA DOSS

DOSS (Dysphagia Outcome and Severity Scale)

Nutrición total por vía oral: dieta normal
<p>Nivel 7: normal en todas las situaciones Dieta normal No se necesitan estrategias o tiempo extra</p> <p>Nivel 6: dentro de los límites funcionales/independencia modificada Dieta normal, deglución funcional El paciente puede presentar un leve retraso oral o faríngeo, retención o traza epiglótica, pero de forma independiente o espontáneamente compensa/aclara</p>
Vía oral completa: dieta y/o independencia con modificaciones
<p>Nivel 5: disfagia leve: supervisión distante; se puede requerir restricción en una consistencia El paciente puede mostrar una o más de las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aspiración de líquidos claros únicamente, pero con reflejo tusígeno fuerte para limpiar/ aclarar por completo • Penetración a la vía aérea sin tocar las cuerdas vocales con una o más consistencias, pero aclara de forma espontánea • Retención en la faringe que se aclara de forma espontánea • Disfagia oral leve con masticación reducida y/o retención que es aclarada de forma espontánea
<p>Nivel 4: disfagia leve a moderada: supervisión/retroalimentación intermitente, restricción de una o dos consistencias El paciente puede mostrar una o más de las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Retención en la faringe, que es aclarada con retroalimentación • Retención en la cavidad oral, que es aclarada con retroalimentación • Aspiración con una consistencia, con reflejo tusígeno leve o ausente <ul style="list-style-type: none"> • O penetración de la vía aérea al nivel de las cuerdas vocales con tos con dos consistencias • O penetración de la vía aérea al nivel de las cuerdas vocales sin tos con una consistencia
<p>Nivel 3: disfagia moderada: asistencia total, supervisión o estrategias, restricción de dos o más consistencias El paciente puede mostrar una o más de las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Retención moderada en la faringe aclarada con retroalimentación • Retención moderada en la cavidad oral aclarada con retroalimentación • Penetración de la vía aérea al nivel de las cuerdas vocales sin tos con dos o más consistencias <ul style="list-style-type: none"> • O aspiración con dos consistencias, con tos débil o ausente • O aspiración con una consistencia, sin tos y penetración de la vía aérea al nivel de las cuerdas vocales con una consistencia, sin tos
Necesidad de nutrición no oral (dependiente de vía alterna de alimentación)
<p>Nivel 2: disfagia moderadamente severa: asistencia máxima o solo uso de estrategias con vía oral parcial (tolera al menos una consistencia de forma segura con uso total de estrategias) El paciente puede mostrar una o más de las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Retención severa en la faringe, incapaz de aclarar o necesita mucha retroalimentación • Pérdida o retención oral severa del bolo, incapaz de aclarar o necesita mucha retroalimentación • Aspiración con dos o más consistencias, sin reflejo de tos, tos voluntaria débil <ul style="list-style-type: none"> • O aspiración con una o más consistencias, sin tos y penetración de la vía aérea al nivel de las cuerdas vocales con una o más consistencias, sin tos

Necesidad de nutrición no oral (dependiente de vía alterna de alimentación)

Nivel 1: disfagia severa: NVO: no puede tolerar nada por vía oral de forma segura

El paciente puede mostrar una o más de las siguientes:

- Retención severa en la faringe, incapaz de aclarar
- Pérdida o retención oral severa del bolo, incapaz de aclarar
- Aspiración silenciosa con dos o más consistencias, tos voluntaria no funcional
 - O incapaz de deglutir

Fuente: adaptado de (19).

NVO: nada vía oral.

ANEXO 10. TABLAS DE REPORTE DE LAS ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA UTILIZADAS

Estas se presentan a continuación:

Bases de datos: Medline

Tipo de búsqueda	Todos los documentos
Base de datos	Medline
Plataforma	Pubmed
Fecha de búsqueda	02/05/2021
Rango de fecha de búsqueda	Últimos 10 años
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda	<p>((("adult"[MeSH Terms] OR "aged"[MeSH Terms] OR "adults"[Title/Abstract] OR "elderly"[Title/Abstract] OR "adultos mayores"[Title/Abstract] OR "adultos"[Title/Abstract])) AND (((((((((((deglutition disorders[MeSH Terms] OR (deglutition disorder[Title/Abstract])) OR (disorders, deglutition[Title/Abstract])) OR (swallowing disorders[Title/Abstract])) OR (swallowing disorder[Title/Abstract])) OR (dysphagia[Title/Abstract])) OR (oropharyngeal dysphagia[Title/Abstract])) OR (dysphagia, oropharyngeal[Title/Abstract])) OR (presbyphagia[Title/Abstract])) OR (disfagia[Title/Abstract])) OR (trastornos de la deglución[Title/Abstract])) OR (presbifagia[Title/Abstract])) AND ("therapeutics"[MeSH Terms] OR "rehabilitation"[MeSH Terms] OR "therapeutics"[Title/Abstract] OR "therapy"[Title/Abstract] OR "therapies"[Title/Abstract] OR "treatment"[Title/Abstract] OR "treatments"[Title/Abstract] OR "tratamiento"[Title/Abstract] OR "intervencion"[Title/Abstract] OR "diagnosis"[MeSH Terms] OR "diagnose"[Title/Abstract] OR "diagnoses"[Title/Abstract] OR ("diagnoses"[Title/Abstract] AND "examinations"[Title/Abstract]) OR ("examinations"[Title/Abstract] AND "diagnoses"[Title/Abstract]) OR "screening"[Title/Abstract] OR "assessment"[Title/Abstract] OR "evaluation"[Title/Abstract])) AND (((((((((((("practice guidelines as topic"[MeSH Terms]) OR (practice guideline[MeSH Terms])) OR ("consensus"[MeSH Terms])) OR (clinical practice guideline[Title/Abstract])) OR (clinical guidelines[Title/Abstract])) OR (clinical guidelines as topic[Title/Abstract])) OR (best practices[Title/Abstract])) OR (best practice[Title/Abstract])) OR (consensus[Title/Abstract])) OR (consensus development[Title/Abstract])) OR (development, consensus[Title/Abstract])) OR (guía de práctica clínica[Title/Abstract])) Filters: in the last 10 years</p>
Referencias obtenidas	292
Referencias sin duplicados	288

Bases de datos: Embase

Tipo de búsqueda	Guías de práctica clínica
Base de datos	EMBASE
Plataforma	ELSEVIER
Fecha de búsqueda	04/06/2021
Rango de fecha de búsqueda	Últimos 10 años
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda	<p>#16 AND ('Article'/it OR 'Article in Press'/it OR 'Chapter'/it OR 'Conference Paper'/it OR 'Conference Review'/it OR 'Editorial'/it OR 'Letter'/it OR 'Note'/it OR 'Review'/it OR 'Short Survey'/it)</p> <p>#17</p> <p>#16 #14 NOT #12 AND [embase]/lim AND [2016-2021]/py</p> <p>#15 #14 NOT #12</p> <p>#14 #3 AND #11 AND #13</p> <p>#13 'dysphagia'/exp OR dysphagia OR 'swallowing disorder*':ab,ti OR 'deglutition disorder*':ab,ti OR 'oropharyngeal dysphagia'/exp OR 'oropharyngeal dysphagia' OR 'presbyphagia'/exp OR presbyphagia</p> <p>#12 'child'/exp OR child</p> <p>#11 #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10</p> <p>#10 (disease* NEAR/2 management*):ab,ti</p> <p>#9 therap*':ab,ti OR treatment*':ab,ti</p> <p>#8 'disease management'/exp</p> <p>#7 'therapy'/exp</p> <p>#6 examination*':ab,ti</p> <p>#5 diagnos*':ab,ti</p> <p>#4 'diagnosis'/exp</p> <p>#3 #1 OR #2</p> <p>#2 (guideline* NEAR/2 (clinical OR practice)):ab,ti</p> <p>#1 'practice guideline'/exp OR 'practice guideline'</p>
Referencias obtenidas	491
Referencias sin duplicados	489

Bases de datos: LILACS

Tipo de búsqueda	Todos los documentos
Base de datos	LILACS
Plataforma	Biblioteca Virtual en Salud
Fecha de búsqueda	02/05/2021
Rango de fecha de búsqueda	Últimos 10 años
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Términos de búsqueda en el título, resumen, asunto
Estrategia de búsqueda	(adult OR aged OR adults OR elderly OR adultos OR "adultos mayores") AND ("deglutition disorders" OR "deglutition disorder" OR "disorders, deglutition" OR "swallowing disorders" OR "swallowing disorder" OR dysphagia OR "oropharyngeal dysphagia" OR "oropharyngeal, dysphagia" OR presbyphagia OR disfagia OR "trastornos de la deglución" OR presbifagia) AND (diagnosis OR diagnoses OR assessment OR evaluation OR screening OR treatment OR treatments OR therapy OR therapies OR diagnóstico OR detección OR tamizaje OR tratamiento OR intervención)
Referencias obtenidas	124
Referencias sin duplicados	124

| 105

Compiladores: Guidelines International Network (GIN)

Tipo de búsqueda	Guías de práctica clínica
Compilador	GIN
Plataforma	GIN
Fecha de búsqueda	25/04/2021
Rango de fecha de búsqueda	Últimos 10 años
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda	"Swallowing disorders", "deglutition disorders", dysphagia, presbyphagia
Referencias obtenidas	5
Referencias sin duplicados	3

Compiladores: CMA infodatabase:

Tipo de búsqueda	Guías de práctica clínica
Compilador	CMA infodatabase
Plataforma	CMA infodatabase
Fecha de búsqueda	25/04/2021
Rango de fecha de búsqueda	Últimos 10 años
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda	“Swallowing disorders”, “deglutition disorders”, dysphagia
Referencias obtenidas	3
Referencias sin duplicados	2

Desarrolladores: Biblioteca Guía Salud

Tipo de búsqueda	Guías de práctica clínica
Desarrollador	Guía Salud España
Plataforma	Guía Salud España
Fecha de búsqueda	25/04/2021
Rango de fecha de búsqueda	Últimos 10 años
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda	Disfagia, deglución, “desórdenes de la deglución” “swallowing disorders”, “deglutition disorders”, dysphagia
Referencias obtenidas	0
Referencias sin duplicados	0

Desarrolladores: Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS)

Tipo de búsqueda	Guías de práctica clínica
Desarrollador	MSPS
Plataforma	MSPS
Fecha de búsqueda	25/04/2021
Rango de fecha de búsqueda	Últimos 10 años
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda	Disfagia, deglución, “desórdenes de la deglución” “swallowing disorders”, “deglutition disorders”, dysphagia
Referencias obtenidas	0
Referencias sin duplicados	0

Desarrolladores: National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)

Tipo de búsqueda	Guías de práctica clínica
Desarrollador	NICE
Plataforma	NICE
Fecha de búsqueda	25/04/2021
Rango de fecha de búsqueda	Últimos 10 años
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda	Disfagia, deglución, “desórdenes de la deglución”, “swallowing disorders”, “deglutition disorders”, dysphagia
Referencias obtenidas	0
Referencias sin duplicados	0

Desarrolladores: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

Tipo de búsqueda	Guías de práctica clínica
Desarrollador	IMSS
Plataforma	IMSS
Fecha de búsqueda	25/04/2021
Rango de fecha de búsqueda	Últimos 10 años
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda	Cualquiera (entre las categorías de búsqueda disponibles)
Referencias obtenidas	0
Referencias sin duplicados	0

Desarrolladores: Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)

Tipo de búsqueda	Guías de práctica clínica
Desarrollador	SIGN
Plataforma	SIGN
Fecha de búsqueda	28/04/2021
Rango de fecha de búsqueda	Últimos 10 años
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda	"Swallowing disorders", "deglutition disorders", dysphagia, disfagia, deglución, "desórdenes de la deglución"
Referencias obtenidas	0
Referencias sin duplicados	0

Desarrolladores: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)

Tipo de búsqueda	Guías de práctica clínica
Desarrollador	AHRQ
Plataforma	AHRQ
Fecha de búsqueda	28/04/2021
Rango de fecha de búsqueda	Últimos 10 años
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Solo PDF, palabras en el título
Estrategia de búsqueda	"Swallowing disorders", "deglutition disorders", dysphagia, presbyphagia, disfagia, deglución, "desórdenes de la deglución"
Referencias obtenidas	0
Referencias sin duplicados	0

Desarrolladores: WHOLIS

Tipo de búsqueda	Guías de práctica clínica
Desarrollador	WHOLIS
Plataforma	WHOLIS
Fecha de búsqueda	28/04/2021
Rango de fecha de búsqueda	Últimos 10 años
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda	"Swallowing disorders", "deglutition disorders", dysphagia, disfagia, deglución, "desórdenes de la deglución"
Referencias obtenidas	0
Referencias sin duplicados	0

Desarrolladores: Australian Clinical Practice Guidelines (GPC Australia)

Tipo de búsqueda	Guías de práctica clínica
Desarrollador	GPC Australia
Plataforma	GPC Australia
Fecha de búsqueda	28/04/2021
Rango de fecha de búsqueda	Últimos 10 años
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda	"Swallowing disorders", swallowing "deglutition disorders", dysphagia, disfagia, deglución, "desórdenes de la deglución"
Referencias obtenidas	3
Referencias sin duplicados	2

Desarrolladores: Organización Mundial de la Salud

Tipo de búsqueda	Guías de práctica clínica
Compilador	OMS
Plataforma	OMS
Fecha de búsqueda	28/04/2021
Rango de fecha de búsqueda	Últimos 10 años
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda	"Deglutition disorders [MeshTerm]" AND guidelines dysphagia [título] AND guidelines swallowing[título] AND guidelines disfagia, desórdenes de la deglución, deglución
Referencias obtenidas	0
Referencias sin duplicados	0

REFERENCIAS

1. Vallejo-Ortega MT, Sánchez-Pedraza R, Feliciano-Alfonso JE, García-Pérez MJ, Gutiérrez-Sepúlveda MP, Merchán-Chaverra RA. Manual Metodológico para la elaboración de protocolos clínicos en el Instituto Nacional de Cancerología. Bogotá: Instituto Nacional de Cancerología; 2018.
2. Harrison MB, Graham ID, van den Hoek J, Dogherty EJ, Carley ME, Angus V. Guideline adaptation and implementation planning: a prospective observational study. *Implementation Sci.* 2013;8(1):49. <https://doi.org/jnwm>
3. Ministerio de la Protección Social. Guía metodológica para la elaboración de Guías de Atención Integral en el Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano. Bogotá: MinProtección; 2010.
4. Brouwers MC, Kerkvliet K, Spithoff K; AGREE Next Steps Consortium. The AGREE Reporting Checklist: a tool to improve reporting of clinical practice guidelines. *BMJ.* 2016;352:i1152. <https://doi.org/ggdjmg>
5. Beck AM, Kjaersgaard A, Hansen T, Poulsen I. Systematic review and evidence based recommendations on texture modified foods and thickened liquids for adults (above 17 years) with oropharyngeal dysphagia - An updated clinical guideline. *Clin Nutr.* 2018;37(6 Pt A):1980-91. <https://doi.org/jv8k>
6. Newman R, Vilardell N, Clavé P, Speyer R. Effect of Bolus Viscosity on the Safety and Efficacy of Swallowing and the Kinematics of the Swallow Response in Patients with Oropharyngeal Dysphagia: White Paper by the European Society for Swallowing Disorders (ESSD). *Dysphagia.* 2016;31(2):232-49. <https://doi.org/f8hrpb>
7. Dziejwas R, Allescher H-D, Aroyo I, Bartolome G, Beilenhoff U, Bohlender J, et al. Diagnosis and treatment of neurogenic dysphagia - S1 guideline of the German Society of Neurology. *Neurol Res Pract.* 2021;3(1):23. <https://doi.org/jv8m>
8. Russi EG, Corvò R, Merlotti A, Alterio D, Franco P, Pergolizzi S, et al. Swallowing dysfunction in head and neck cancer patients treated by radiotherapy: review and recommendations of the supportive task group of the Italian Association of Radiation Oncology. *Cancer Treat Rev.* 2012;38(8):1033-49. <https://doi.org/xxs>
9. Pedraza-Sánchez R, González-Jaramillo LE. Metodología de investigación y lectura crítica de estudios: metodología de calificación y resumen de las opiniones dentro de consensos formales. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2009;38(4):777-85.

10. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med.* 2009;6(7): e1000097. <https://doi.org/bq3jpc>
11. Aguayo-Albasini JL, Flores-Pastor B, Soria-Aledo V. Sistema GRADE: clasificación de la calidad de la evidencia y graduación de la fuerza de la recomendación. *Cirugía Española.* 2014;92(2):82-8. <https://doi.org/f2pct3>
12. Balslem H, Helfand M, Schünemann HJ, Oxman AD, Kunz R, Brozek J, et al. GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence. *J Clin Epidemiol.* 2011;64(4):401-6. <https://doi.org/d49b4h>
13. National Health and Medical Research Council (NHMRC). A guide to the development, implementation and evaluation of clinical practice guidelines. Canberra: NHMRC; 1999 [citado 15 oct 2022]. Disponible en: <https://bit.ly/3XoiT0d>
14. Oxford Centre for Evidence-Based Medicine. Oxford: CBME [citado 15 oct 2021]. Oxford Centre for Evidence-Based Medicine: Levels of Evidence (March 2009) [citado 15 oct 2022]. Disponible en: <https://bit.ly/3YJfTwz>.
15. Ordóñez-Rubiano EG, Moreno-Castro P, Pineda-Parra A, Mora-Maldonado L, Peña-Segovia A, Olivella-Montaña MC, et al. Neuroanatomía funcional de la escala de coma de Glasgow. *Rev Argent Neuroc.* 2019;33(2):91-99.
16. Sessler C, Gosnell M, Grap M, Brophy G, O'Neal P, Keane K, et al. The Richmond Agitation-Sedation scale: Validity and reliability in adult ICU patients. *Am J Respir Crit Care Med.* 2002;166(10):1338-44. <https://doi.org/dr95tm>
17. Crary M, Mann G, Groher M. Initial psychometric assessment of a functional oral intake scale for dysphagia in stroke patients. *Arch Phys Med Rehabil.* 2005;86(8):1516-20. <https://doi.org/fhb26x>
18. Colodny N. Interjudge and intrajudge reliabilities in fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing (fees) using the penetration-aspiration scale: a replication study. *Dysphagia.* 2002;17(4):308-15. <https://doi.org/cg54qd>
19. O'Neil KH, Purdy M, Falk J, Gallo L. The Dysphagia Outcome and Severity Scale. *Dysphagia.* 1999;14(3):139-45. <https://doi.org/bg863f>



**ÍNDICE
ANALÍTICO**

A

alimentación 38, 46, 50.
prueba de 37.

C

cinedeglución 42, 71, 72.
consistencia 39, 47, 71, 72.

D

diagrama de flujo 33, 54, 71, 86.
deglución 19, 38, 39, 42, 44, 46, 50, 52, 54, 71, 72, 81.
funcionalidad 37, 38.
evaluación clínica 39, 42, 52.
evaluación instrumental 39, 42, 44, 54, 88.
disfagia 72.
orofaríngea 72.
esofágica 72.

M

maniobras compensatorias 51.

N

nutrición 46.
enteral 46.

L

líquidos 47, 50, 71.

S

severidad 39, 44, 47.
sólidos 38, 47, 48, 52.

T

terapia de deglución 50.

V

vía aérea 54, 71, 72,
protección 38, 54, 72.

Este libro fue digitalizado
por el Centro Editorial
de la Facultad de Medicina en marzo de 2023.
Universidad Nacional de Colombia,
patrimonio de todos los colombianos.
Bogotá, D. C., Colombia