

## 7.3. Disfagia

### 7.3.1. Evaluación de la disfagia en AP

#### Pregunta

¿Cómo debe realizarse la evaluación de la disfagia desde AP?

Existen algunos métodos sencillos, no instrumentales, que pueden utilizarse para valorar la disfagia tras un ictus. No existe un único método universalmente aceptado para la identificación y manejo de la aspiración asociada con la disfagia y son muchas las pruebas que se utilizan en la práctica clínica. Las pruebas más estudiadas son variaciones de la prueba de deglución del agua, para lo que se suele dar a beber a la persona cierta cantidad de agua y se observa la aparición de síntomas como atragantamiento, tos o cambios en la voz. La mayoría de estas pruebas suelen incluir una exploración previa junto con un cuestionario sobre datos clínicos del paciente. Estas pruebas deben aplicarse durante el ingreso hospitalario a todas las personas que han sufrido un ictus. Sin embargo, desde AP también puede surgir la necesidad de identificar a aquellas personas con ictus y con disfagia que no han sido previamente diagnosticados, o de reevaluar alguna persona que presente posibles síntomas de disfagia. De hecho, existen herramientas como la *Eating Assessment Tool-10* (EAT-10) que podrían ser útiles en este ámbito de la atención sanitaria. Por ello, es de interés conocer con qué herramientas de cribado e intervenciones se podría abordar el manejo de la disfagia desde la atención sanitaria.

#### Recomendaciones

Cribado de la disfagia post-ictus	
<b>Fuerte a favor</b>	Se recomienda descartar la presencia de disfagia lo antes posible y detectar si existen problemas nutricionales asociados.
<b>BPC</b>	Reevaluar la presencia de disfagia tras el alta hospitalaria y realizar un seguimiento periódico por el equipo de AP.
<b>Débil a favor</b>	Se sugiere la prueba de deglución de agua para el cribado de aspiración en AP, teniendo en cuenta ante todo las características de la persona que ha sufrido el ictus y su disponibilidad. La realización de esta prueba debería acompañarse de una valoración clínica previa observando la calidad de la voz, si la persona puede sacar la lengua y moverla de un lado al otro o si siente la parte posterior de la pared de la garganta si se le toca. Esta valoración puede mejorar la capacidad de detección de los casos.
<b>BPC</b>	Aquellas personas con ictus en las que se detecten por primera vez dificultades en la deglución (generales, durante o tras la deglución) deben ser evaluadas por el especialista correspondiente.
<b>BPC</b>	Entrenar a las personas en las que persistan las dificultades al tragar y a sus cuidadores en la identificación y manejo de los problemas en la deglución.
<b>BPC</b>	Las personas con disfagia persistente tras un ictus deben ser monitorizadas una vez dadas de alta, de manera regular, pesándolas regularmente, asegurando que no estén desnutridas, para valorar la necesidad de cambios en la dieta y/o en la vía de alimentación.

## Justificación

Se ha realizado una recomendación débil a favor del uso del test de deglución de agua, puesto que se trata de una prueba fácil de realizar en AP, y aunque no sea muy específica, puede ser suficientemente sensible para detectar la mayoría de los casos de disfagia en aquellas personas que han sufrido un ictus. Además, aunque no se cuente con evidencia directa del impacto que puede tener la implementación del cribado de disfagia en AP, sí contamos con evidencia del contexto del ámbito hospitalario agudo, donde éste sí tiene efectos positivos en los desenlaces de las personas que han sufrido un ictus.

No se ha realizado una recomendación sobre el uso de la herramienta EAT-10, puesto que, aunque se ha descrito que puede ser utilizada para el cribado de la disfagia, no presenta buenos resultados en pacientes con ictus, por lo que, a pesar de su facilidad de uso, no se ha formulado una recomendación al respecto.

## Justificación detallada

- **Calidad de la evidencia:** son pocos los estudios que existen, y se puede decir que la calidad de la evidencia es baja para las pruebas de cribado de disfagia mediante la prueba de deglución de agua. En cuanto a la herramienta EAT-10, existe incertidumbre en la fiabilidad de la herramienta cuando se trata de detectar disfagia en personas que han sufrido un ictus.
- **Balance de los efectos deseables e indeseables:** el cribado de la disfagia en el hospital, aunque no sea el contexto que se está evaluando, reduce el riesgo de desenlaces negativos en personas que han sufrido un ictus y pueden presentar disfagia. El uso de la prueba de deglución de agua, junto con la clínica, son los que mejores resultados de S y E tienen. En el caso de la EAT-10, aunque los resultados para el cribado de disfagia en población de riesgo son buenos, cuando se trata de personas que han sufrido un ictus, los resultados que se obtienen no lo son tanto.
- **Aceptabilidad:** la prueba puede no ser aceptada por todas las personas. Un cuestionario auto cumplimentado podría tener mayor aceptabilidad.

## De la evidencia a la recomendación

Para el cribado de disfagia por la prueba de deglución de agua

### a) ¿Cómo de válida es la prueba?

- **Juicio:** válida.
- **Evidencia procedente de la investigación:** son pocos los estudios identificados fuera del contexto hospitalario agudo que hacen referencia a las pruebas de deglución de agua, acompañadas o no de una valoración clínica previa.  
La S y E de detectar aspiración al utilizar volúmenes de agua inferiores a 60 ml es baja, siendo la S y E al utilizar un volumen de 60 ml de 55,7 %, y de 85,4 %, respectivamente.

tivamente (56), La presencia de una velocidad de deglución anormal o de asfixia tras la ingesta de 100 ml de agua tuvo una S y E del 85,5 % y del 50 %, respectivamente en el primer caso, y del 47,8 % y 91,7 % en el segundo (57).

Cuando se suma una valoración clínica previa a la prueba de deglución de agua para valorar la presencia de tos o de cambios en la vocalización o respiración (58) o de aspiración (59), se obtienen mejores resultados, con una S del 93,3 % o 89,1 % respectivamente, y una E del 87,7 % u 80,8 %. En personas que han sufrido un ictus y se encuentran en rehabilitación, la utilización del *Toronto Bedside Swallowing Screening Test* (TOR-BSST) (que incluye una serie de preguntas clínicas y un test de deglución con 10 cucharadas de 5 ml de agua), tiene una S del 89,5 % y una E del 68 % (60).

- **Consideraciones adicionales:** solo tres de los estudios incluidos en la RS de Brodsky incluyen personas en rehabilitación (61), aunque solo tres evalúan personas que han sufrido un ictus (57-59). Dos utilizan un volumen de agua de 90 o 100 ml (57, 59) y el tercero un menor volumen de agua con espesante (58).

También se han tenido en cuenta los estudios de Martino *et al.* (60) y Osawa *et al.* (62). El primero evalúa y valida el TOR-BSST, tanto personas con ictus agudo como en el contexto de rehabilitación (60), y el segundo (62), la precisión diagnóstica de la prueba de deglución de agua frente a la videofluoroscopia para detectar aspiración.

**b) ¿Cuál es la magnitud de los efectos deseados esperados?**

- **Juicio:** no se sabe.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios.
- **Consideraciones adicionales:** se espera que, al ser una prueba fácil de implementar, se detecten más casos de disfagia al aplicar el cribado de forma más generalizada.

**c) ¿Cuál es la magnitud de los efectos no deseados esperados?**

- **Juicio:** no se sabe.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios.
- **Consideraciones adicionales:** no se han identificado efectos no deseados en los estudios incluidos. Aunque puede que, por ejemplo, si no se confirma el resultado con un gold estándar, se den cambios innecesarios en la dieta etc., que disminuyan la calidad de vida cuando se trata de un falso positivo (FP), o, al contrario, no se diagnostique a alguien que realmente presenta disfagia.

**d) ¿Cuál es la calidad global de la evidencia sobre la validez de la prueba?**

- **Juicio:** baja.
- **Evidencia procedente de la investigación:** hay mucha heterogeneidad en las características de la prueba, y los datos de S y E son variables.
- **Consideraciones adicionales:** no se han señalado.

**e) ¿Cuál es la calidad global de la evidencia para cualquier beneficio directo importante o crítico, de efectos adversos o la carga de la prueba?**

- **Juicio:** estudios no incluidos.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios.
- **Consideraciones adicionales:** en personas con ictus agudo en los que se realiza el cribado de disfagia en el hospital se reduce el riesgo de neumonía post-ictus, de

mortalidad y dependencia, así como la duración de la estancia hospitalaria. En ese contexto los efectos deseables son grandes.

- f) **¿Cuál es la calidad global de la evidencia sobre el efecto que tienen los resultados de la prueba en el manejo del paciente?**
- **Juicio:** estudios no incluidos.
  - **Evidencia procedente de la investigación:** son hay evidencia directa, pero sí indirecta en referencia a realizar cribado y su impacto en resultados de salud.
  - **Consideraciones adicionales:** no se han señalado.
- g) **¿Cómo de cierta es la relación entre los resultados de la prueba y las decisiones sobre el manejo del paciente?**
- **Juicio:** estudios no incluidos.
  - **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios.
  - **Consideraciones adicionales:** no se han señalado.
- h) **¿Cuál es la calidad global de la evidencia sobre los efectos de la prueba?**
- **Juicio:** baja.
  - **Evidencia procedente de la investigación:** aunque no haya evidencia directa del efecto del cribado de la disfagia en los desenlaces de la persona que ha sufrido un ictus en el ámbito de la AP, se tiene evidencia de la S del cribado en este contexto y evidencia indirecta sobre los efectos beneficiosos de la realización del cribado de disfagia en las personas con ictus agudo en el contexto hospitalario.
  - **Consideraciones adicionales:** no se han señalado.
- i) **¿Hay incertidumbre o variabilidad importante en cómo valoran los pacientes la importancia de los desenlaces de interés?**
- **Juicio:** probablemente incertidumbre o variabilidad no importantes.
  - **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios.
  - **Consideraciones adicionales:** no se han señalado.
- j) **¿El balance entre los efectos deseados y no deseados favorece la intervención o la comparación?**
- **Juicio:** probablemente favorece la intervención.
  - **Evidencia procedente de la investigación:** como se ha señalado anteriormente, el cribado de la disfagia en el contexto agudo hospitalario tiene efectos beneficiosos en los desenlaces de interés de las personas que han sufrido un ictus y en nuestro contexto, la aplicación de la prueba de deglución de agua puede ayudar a detectar casos de disfagia en las personas que han sido dados de alta y acuden a AP para su seguimiento, lo que probablemente también tenga un beneficio en los desenlaces de interés para el paciente.
  - **Consideraciones adicionales:** no se han señalado.
- k) **¿Cómo de altos son los recursos requeridos (costes)?**
- **Juicio:** no se sabe.
  - **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios.

- **Consideraciones adicionales:** el cribado mediante un test de deglución de agua es sencillo de realizar y aunque pueda requerir de profesionales sanitarios con experiencia, puede compensar si se reducen las complicaciones posteriores debido a la misma.
- l) ¿Cuál es la calidad de la evidencia sobre los recursos requeridos (costes)?**
- **Juicio:** no se han incluido estudios.
  - **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios al respecto.
  - **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.
- m) ¿El coste-efectividad favorece la intervención o la comparación?**
- **Juicio:** no se sabe.
  - **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios.
  - **Consideraciones adicionales:** aunque no se han identificado estudios, podemos pensar que, aunque se requieran recursos para realizar el cribado, los beneficios que se podrían obtener llevarían a reducir los costes posteriores del manejo de las personas que han sufrido un ictus y presentan disfagia.
- n) ¿Cuál sería el impacto sobre la equidad en la salud?**
- **Juicio:** probablemente aumentaría.
  - **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios al respecto.
  - **Consideraciones adicionales:** implementar pruebas de cribado sencillas ayudaría a detectar casos de disfagia de forma más generalizada, por lo que la equidad aumentaría (el cribado no dependería de la posibilidad de que se puedan realizar pruebas más complejas que quizá no estén disponibles en todos los centros).
- ñ) ¿Es la intervención aceptable para todas las partes interesadas?**
- **Juicio:** probablemente sí.
  - **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios al respecto.
  - **Consideraciones adicionales:** en la actualidad, en AP ya se utiliza la prueba de deglución de agua, con lo que sería seguramente aceptada. En el caso de los pacientes, puede que algunos tengan miedo a realizar la prueba.
- o) ¿Es factible la implementación de la intervención?**
- **Juicio:** probablemente sí.
  - **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios al respecto.
  - **Consideraciones adicionales:** en la actualidad, la prueba de deglución de agua ya se realiza en algunos centros de AP, por lo que probablemente sea factible.

Para la herramienta de autocumplimentación EAT-10

- a) ¿Cómo de válida es la prueba?**
- **Juicio:** no válida.

- **Evidencia procedente de la investigación:** Bartlett R *et al.* (63) observan una correlación moderada entre las puntuaciones de la EAT-10 y PAS en pacientes con cáncer de cabeza y cuello (con déficits estructurales), **pero una correlación débil en el caso de personas con Parkinson o ictus (con deficiencias neurológicas)**, señalando que los déficits neurosensoriales pueden jugar un papel en la percepción de la disfagia por parte de estas personas. En la muestra total, la correlación fue moderada ( $r=0,50$ ), siendo el resultado similar al obtenido en la validación de la versión española de EAT-10 por Giraldo-Cadavid *et al.* ( $r=0,59$ ) (64). En esa validación (64), solo el 37 % de las personas incluidas presentaba enfermedad vascular y no se realizó un análisis de subgrupos por tipo de paciente. En la revisión de Zhang *et al.* (65) se señala que, a pesar de que un análisis Rasch revela que los ítems 2, 7 y 10 no contribuyen al constructo general de la EAT-10 (66), existe una correlación lineal entre la EAT-10 y las puntuaciones PAS. Los estudios que incluyen señalan que, utilizando un **punto de corte de 3**, la precisión diagnóstica es mejor (65). Sin embargo, solo uno de los estudios incluidos en esta revisión es en personas con ictus agudo (67), y se trata además del estudio que peores datos de S presenta para detectar disfagia.

Speyer *et al.* (68) realizan un análisis de las propiedades del EAT-10 que obtiene una puntuación baja en cada ítem frente al análisis que hicieron los autores de la herramienta (69) donde señalaban que el instrumento presentaba una excelente consistencia interna, una reproducibilidad test-retest y *criterion-based validity*, y donde se sugería un valor de tres como punto de corte.

- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**b) ¿Cuál es la magnitud de los efectos deseados esperados?**

- **Juicio:** no se sabe.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios en personas con ictus que proporcionen resultados de S y E, aunque los datos de correlación que se proporcionan señalan que la prueba tiene peores resultados cuando se aplica en personas que han sufrido un ictus.
- **Consideraciones adicionales:** se podría esperar que, al ser una herramienta de auto cumplimentación, sería aplicada de forma más extendida en los centros de AP, lo que facilitaría la identificación de un mayor número de casos de disfagia (eso contando con que la prueba fuera fiable).

**c) ¿Cuál es la magnitud de los efectos no deseados esperados?**

- **Juicio:** no se sabe.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios que proporcionen resultados de FP y FN en personas con ictus, aunque los datos de correlación que se proporcionan señalan que la prueba tiene peores resultados cuando ésta se aplica en personas que han sufrido un ictus.
- **Consideraciones adicionales:** el efecto no deseado sería tener un alto porcentaje sobre todo de FN, porque supondría no identificar personas con disfagia que pudieran desarrollar complicaciones posteriores. En cuanto a los FP, se estarían implementando intervenciones como cambios en la dieta que pueden afectar a la calidad de vida de forma innecesaria.

- d) **¿Cuál es la calidad global de la evidencia sobre la validez de la prueba?**
- **Juicio:** baja.
  - **Evidencia procedente de la investigación:** los estudios incluyen todo tipo de pacientes, y cuando se hace un estudio de correlación se observa que precisamente las personas con ictus eran las que peores resultados obtienen para la prueba (63).
  - **Consideraciones adicionales:** no se han señalado.
- e) **¿Cuál es la calidad global de la evidencia para cualquier beneficio directo importante o crítico, efectos adversos o carga de la prueba?**
- **Juicio:** estudios no incluidos.
  - **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado evidencia directa sobre el beneficio directo importante de la prueba.
  - **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.
- f) **¿Cuál es la calidad global de la evidencia sobre el efecto que tienen los resultados de la prueba en el manejo del paciente?**
- **Juicio:** estudios no incluidos.
  - **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios que indiquen cuál es el procedimiento a seguir una vez se conozcan los resultados de la prueba y el impacto que esto tiene en los desenlaces del paciente.
  - **Consideraciones adicionales:** se trata de una herramienta fácil de cumplimentar por el paciente, que facilitaría el cribado de la disfagia, sobre todo en el ámbito de AP, disminuyendo la carga de trabajo de los profesionales sanitarios.
- g) **¿Cómo de cierta es la relación entre los resultados de la prueba y las decisiones sobre el manejo del paciente?**
- **Juicio:** estudios no incluidos.
  - **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios que analicen la relación directa.
  - **Consideraciones adicionales:** se supone que la persona que obtenga un resultado positivo sería evaluada por un especialista en disfagia, pero esto no siempre ocurre.
- h) **¿Cuál es la calidad global de la evidencia sobre los efectos de la prueba?**
- **Juicio:** baja.
  - **Evidencia procedente de la investigación:** no hay evidencia directa sobre el efecto del cribado de disfagia en AP mediante herramientas de autocumplimentación en los desenlaces del paciente, aunque sí se tiene evidencia indirecta en el contexto hospitalario agudo sobre el cribado de disfagia en personas que han sufrido un ictus y el efecto sobre los desenlaces clínicos de interés.
  - **Consideraciones adicionales:** no se han señalado.
- i) **¿Hay incertidumbre o variabilidad en cómo valoran los pacientes la importancia de los desenlaces principales?**
- **Juicio:** probablemente incertidumbre o variabilidad no importantes.
  - **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha incluido.
  - **Consideraciones adicionales:** no se han señalado.

- j) **¿El balance entre los efectos deseados y no deseados favorece la intervención o la comparación?**
- **Juicio:** no favorece la intervención ni la comparación.
  - **Evidencia procedente de la investigación:** la utilización de la herramienta de auto cumplimentación EAT-10 en personas con ictus obtiene peores resultados (peor correlación con el diagnóstico de disfagia) que en otro tipo de pacientes en los que se sospecha de disfagia. Esto significa que probablemente al aplicar esta herramienta en personas con ictus se escapan casos de disfagia y puede que se diagnostique con disfagia a personas que no la presentan en realidad.
  - **Consideraciones adicionales:** aunque se trata de una herramienta de autocumplimentación que podría facilitar el cribado de la disfagia en la AP, su fiabilidad en personas con ictus no parece ser suficientemente buena.
- k) **¿Cómo de altos son los recursos requeridos (costes)?**
- **Juicio:** no se sabe.
  - **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios al respecto.
  - **Consideraciones adicionales:** se piensa que utilizar un cuestionario de autocumplimentación será menos costoso que cualquier otra prueba para el cribado de la disfagia, pero no se cuenta con datos objetivos al respecto.
- l) **¿Cuál es la calidad global de la evidencia sobre los recursos requeridos (costes)?**
- **Juicio:** no se han incluido estudios.
  - **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios al respecto.
  - **Consideraciones adicionales:** no se han señalado.
- m) **¿Favorece el coste-efectividad la intervención o la comparación?**
- **Juicio:** no se sabe.
  - **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios al respecto.
  - **Consideraciones adicionales:** no se han señalado.
- n) **¿Cuál sería el impacto sobre la equidad en salud?**
- **Juicio:** probablemente reduciría.
  - **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado.
  - **Consideraciones adicionales:** aunque implementar pruebas de cribado sencillas ayudaría a detectar casos de disfagia de forma más generalizada y aumentaría la equidad, si la EAT-10 tiene peores resultados en personas con ictus, la equidad se vería reducida.
- ñ) **¿Es la intervención aceptable para las partes interesadas?**
- **Juicio:** probablemente sí.
  - **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios al respecto.



- **Consideraciones adicionales:** se trata de una prueba de autocumplimentación que se puede rellenar de forma rápida, con lo que seguramente sería aceptada por los profesionales de AP. Quizá pudiera haber diferencias al respecto entre las personas con ictus.

**o) ¿Es factible la implementación de la intervención?**

- **Juicio:** probablemente sí.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios al respecto.
- **Consideraciones adicionales:** en algunos centros ya se utiliza este cuestionario para el cribado de la disfagia. El tiempo para completar la EAT-10 fue de dos minutos de media (RIC 1-3 min) (64).

## 7.3.2. Plan terapéutico en el domicilio

¿Qué plan terapéutico puede realizarse en el domicilio? (Dietas (espesantes), ejercicios...)

### 7.3.2.1. Dieta

## Recomendaciones

Intervenciones en la dieta	
<b>Débil a favor</b>	Se sugiere proporcionar una dieta adecuada a aquellas personas con ictus que presentan disfagia y son alimentadas por vía oral.
<b>BPC</b>	Revisar periódicamente su situación para ir adaptando la dieta al estado de la persona en las visitas regulares de seguimiento (tres, seis, 12 meses) o siempre que haya un cambio funcional en el mismo.

## Justificación

Se ha realizado una recomendación débil a favor de adecuar la dieta de las personas con ictus que presentan disfagia, pero no se mencionan las texturas ni el uso de los espesantes, debido a la falta de evidencia al respecto y a los efectos negativos que estas restricciones pueden tener en la calidad de vida de estas personas. Se señala la importancia de revisar periódicamente su situación para realizar modificaciones siempre que se detecten cambios en la misma (disminución o aumento de las restricciones de la dieta en función al estado del paciente).

## Justificación detallada

- **Calidad de la evidencia:** la calidad de la evidencia es muy baja.
- **Balance riesgos beneficios:** no hay diferencias significativas en las variables de interés, salvo el número de días en el hospital, que es mayor para aquellos que no llevan una dieta modificada.

## De la evidencia a la recomendación

### a) ¿Cuál es la magnitud de los efectos deseados esperados?

- **Juicio:** pequeña.
- **Evidencia procedente de la investigación:** en la guía de la ESO y la *European Society for Swallowing Disorders (ESSD)* (70), se recoge que en pacientes con una dieta modificada, no hubo diferencias significativas en la aparición de **neumonía post-ictus** (cuatro estudios; n=100 pacientes; RR 0,19, IC95 % de 0,03 a 1,4), ni en el riesgo de **penetración** (un estudio, n=122 pacientes; RR 0,06; IC95 % de 0,00 a 1,00); calidad baja), **aspiración** (tres estudios; n=188; RR 0,51 IC95 % de 0,14 a 1,77; calidad muy baja) frente al grupo control. El único desenlace significativo fue la diferencia en el **número de días de ingreso hospitalario**, que fue de 9,58 días menos (IC95 % de 15 a 3,76 menos; calidad baja) que en el grupo control.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

### b) ¿Cuál es la magnitud de los efectos no deseados esperados?

- **Juicio:** insignificante.
- **Evidencia procedente de la investigación:** en la guía de la ESO y la ESSD (70), se recoge que, en pacientes con una dieta modificada, no hubo diferencias significativas en la **ingesta de líquidos** (tres estudios; n=77 pacientes; DM de -133,22 ml; IC95 % de -541,9 a 275,46; calidad baja) frente al grupo control.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

### c) ¿Cuál es la calidad global de la evidencia sobre los efectos?

- **Juicio:** muy baja.
- **Evidencia procedente de la investigación:** aunque para algunos desenlaces la calidad es baja, para la aspiración es muy baja, por lo que la calidad global se define como muy baja.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

- d) **¿Existe incertidumbre o variabilidad importante sobre cómo los pacientes valoran los desenlaces principales?**
- **Juicio:** la incertidumbre o la variabilidad probablemente no sean importantes.
  - **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado.
  - **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.
- e) **El balance entre los efectos deseables e indeseables esperados, ¿favorece a la intervención o a la comparación?**
- **Juicio:** no se sabe.
  - **Evidencia procedente de la investigación:** no hay diferencias significativas en las variables de interés, salvo el número de días en el hospital, que es mayor para aquellos que no llevan una dieta modificada.
  - **Consideraciones adicionales:** aunque la evidencia no sea clara, la prudencia y la lógica lleva a modificar la dieta en aquellas personas que presentan disfagia.
- f) **¿Cuál es la magnitud de los recursos requeridos (costes)?**
- **Juicio:** no se sabe.
  - **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios.
  - **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.
- g) **¿Cuál es la calidad de la evidencia sobre los recursos requeridos?**
- **Juicio:** no se han incluido estudios.
  - **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios.
  - **Consideraciones adicionales:** se espera que la adecuación de la dieta puede llevar a gastos adicionales para el paciente.
- h) **El coste-efectividad de la intervención, ¿favorece la intervención o la comparación?**
- **Juicio:** probablemente sí.
  - **Evidencia procedente de la investigación:** una RS (71) encuentra dos estudios: el primero un análisis de ahorro de costes realizado en EE. UU. (72) y el otro un modelo basado en el análisis de coste-utilidad en Polonia (73). El uso de un espesante a base de goma para modificar la textura de la dieta era coste-efectiva desde el punto de vista del pagador público en Polonia (ratio incremental de coste-utilidad de 21387 PLN a 20977 PLN por QALY ganado, o sobre 4750–4660 €, por debajo del límite establecido en Polonia de 147,024 PLN por AVAC) (73). El otro estudio encuentra que los líquidos espesados preparados comercialmente son más consistentes y menos caros que los que se preparaban in situ (de 44 a 59 %) desde la perspectiva hospitalaria en los EE. UU. (72).
  - **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.
- i) **¿Cuál sería el impacto en la equidad en salud?**
- **Juicio:** no se sabe.

- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado.
- **Consideraciones adicionales:** puede haber diferencias en la posibilidad de consumir y preparar dietas modificadas, lo que podría reducir la equidad.

**j) ¿Es aceptable la opción para todas las partes interesadas?**

- **Juicio:** varía.
- **Evidencia procedente de la investigación:** la RS de estudios cualitativos sobre el impacto de la textura de la dieta en la calidad de vida de la persona que ha sufrido un ictus (74), se observa que aunque la gravedad de la disfagia puede ser un factor de confusión, la modificación del bolo alimenticio tiene un impacto negativo sobre la calidad de vida relacionada con la salud, encontrando que cuanto más se modifica la textura de los alimentos y líquidos, menor es la calidad de vida de la persona que ha sufrido el ictus (74).
- **Consideraciones adicionales:** se entiende que puede haber variabilidad en la aceptabilidad, sobre todo de cara a las personas que han sufrido un ictus.

**k) ¿Es factible la implementación de la opción?**

- **Juicio:** probablemente sí.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado.
- **Consideraciones adicionales:** se podrían sugerir referencias a las que acudir para poder conocer recetas que faciliten la preparación de menús más apetecibles para los pacientes.

### 7.3.2.2. Ejercicios para la disfagia

## Recomendaciones

<b>Ejercicios para la disfagia en el hogar (ver Anexo 2).</b>	
<b>Débil a favor</b>	Se sugiere la realización de ejercicios de deglución para rehabilitar la función deglutoria en personas que han sufrido un ictus y presentan disfagia.
<b>Débil a favor</b>	Se sugiere ofrecer los ejercicios <i>Shaker</i> o <i>Chin tuck</i> en vez de los ejercicios de resistencia además de la terapia convencional de disfagia.
<b>Débil a favor</b>	Se sugiere ofrecer el ejercicio de entrenamiento de la fuerza muscular espiratoria (EMST) para el tratamiento de la disfagia en personas que han sufrido un ictus y sin traqueostomía.

## Justificación

Se realizan recomendaciones débiles a favor de los ejercicios *Shaker*, *Chin tuck* y para el entrenamiento de la fuerza muscular espiratoria, puesto que existe evidencia que señala que con estos ejercicios mejora la disfagia de estos pacientes, e incluso disminuye el riesgo de neumonía si se consideran todas las intervenciones a la vez, aunque la evidencia es de baja calidad. Además, puede haber diferencias entre los valores y preferencias de los pacientes. Sin embargo, la evidencia es insuficiente para recomendar a favor o en contra de los ejercicios con entrenamiento de la resistencia de lengua al paladar (*tongue to palate resistance training*) para el tratamiento de la disfagia.

## Justificación detallada

### Ejercicios de Shaker y/o Chin Tuck against resistance (CTAR)

- **Calidad de la evidencia:** la calidad es baja. Son estudios de pequeño tamaño, sin ocultamiento de la secuencia, alto sesgo por pérdida de datos (*attrition bias*) y cegamiento no claro de los evaluadores.
- **Balance beneficios y riesgos:** estos ejercicios mejoran la disfagia en los pacientes y no se han descrito efectos adversos.
- **Aceptabilidad por parte de los pacientes:** ésta puede variar. Los pacientes pueden no tolerar este tratamiento por fatiga, dolor en el cuello o musculatura abdominal, aunque se considera que los posibles beneficios superan los riesgos potenciales que serían relativamente leves.

### Entrenamiento de la fuerza muscular espiratoria (EMST)

- **Calidad de la evidencia:** la confianza es baja.
- **Balance entre beneficios y riesgos:** Fom *et al.* (75) no encontraron diferencias entre la tasa de abandono entre los grupos. Otras consideraciones sobre los beneficios de realizar los ejercicios con estos dispositivos, como la obtención de una mayor ingesta oral y la disminución del riesgo de aspiración, superan el pequeño riesgo que existe de efectos adversos.
- **Aceptabilidad por parte de los pacientes:** el ejercicio supone un aumento de la presión respiratoria requerida para la intervención.
- **Recursos requeridos:** aunque se necesitan recursos para financiar los dispositivos de entrenamiento, es una herramienta que está disponible, relativamente barata, portátil y fácil de implementar.

### Tongue to palate resistance training (TPRT)

- **Calidad de la evidencia:** la confianza es baja.
- **Balance de los beneficios y riesgos:** el beneficio potencial no está probado.
- **Los valores y preferencias de los pacientes:** estos son variables, existiendo aversión por parte de algunos pacientes al bulbo de la lengua debido a un reflejo de náusea hipersensible.

## De la evidencia a la recomendación

### a) ¿Cuál es la magnitud de los efectos deseables esperados?

- **Juicio:**
  - Comparación 1: ejercicios *Shaker* o CTAR vs. tratamiento habitual: moderada.
  - Comparación 2: ejercicios EMST vs. no tratamiento: pequeña.
  - Comparación 3: ejercicios fortalecimiento lengua: insignificante.
- **Evidencia procedente de la investigación:** se observa una gran mejora en la **escala de disfagia** en el grupo que recibe cualquier tipo de intervención conductual (36 estudios; g de Hedges 1,139; EE 0,142; IC95 % de 0,862 a 1,416) (76) y una reducción del **riesgo de neumonía** en el grupo que recibe la intervención (seis estudios; RR 0,57; IC95 % de 0,43 a 0,75), aunque no se encuentran diferencias significativas en **mortalidad** (tres estudios; RR de 1,47; IC95 % de 0,32 a 6,78) (70).
  - Comparación 1. Ejercicios *Shaker* o CTAR: se observa una gran mejoría en la **escala de disfagia** en el grupo que realiza ejercicios *Shaker* frente a los que reciben tratamiento habitual (dos estudios; g de Hedges de 1,038; IC95 % de 0,300 a 1,776) (76). También se observa una gran mejoría en la **escala de disfagia** en el grupo que realiza CTAR (tres estudios; g de Hedges de 1,045; IC95 % de 0,427 a 1,663) (76).
  - Comparación 2. EMST frente a no tratamiento: se observa una gran mejoría en la **escala de disfagia** en el grupo que realiza EMST (dos estudios; g de Hedges de 0,819; IC95 % de 0,389 a 1,250) (76), aunque el **riesgo de neumonía** no disminuye de forma significativa en el grupo con la intervención (tres estudios; RR 0,58; IC95 % de 0,24 a 1,41) (70).
  - Comparación 3. Ejercicios fortalecimiento lengua: Kim *et al.* (77) no encontraron diferencias significativas en las puntuaciones PAS entre el grupo control e intervención un mes después de los ejercicios.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

### b) ¿Cuál es la magnitud de los efectos no deseados esperados?

- **Juicio:**
  - Comparación 1: ejercicios *Shaker* o CTAR: no se sabe.
  - Comparación 2: ejercicios EMST: no se sabe.
  - Comparación 3: ejercicios fortalecimiento lengua: no se sabe.
- **Evidencia procedente de la investigación:**
  - Comparación 1: ejercicios *Shaker* o CTAR: estudios no incluidos.
  - Comparación 2: ejercicios EMST: estudios no incluidos.
  - Comparación 3: ejercicios fortalecimiento lengua: estudios no incluidos.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

### c) ¿Cuál es la calidad global en la evidencia sobre los efectos?

- **Juicio:**
  - Comparación 1: ejercicios *Shaker* o CTAR: baja.
  - Comparación 2: ejercicios EMST: baja.
  - Comparación 3: ejercicios fortalecimiento lengua: baja.
- **Evidencia procedente de la investigación:**
  - Comparación 1: ejercicios *Shaker* o CTAR: posible riesgo de sesgos en los estudios incluidos y pocos pacientes, lo que reduce la confianza en la calidad de la evidencia.
  - Comparación 2: ejercicios EMST: posible riesgo de sesgos en los estudios incluidos y pocos pacientes, lo que reduce la confianza en la calidad de la evidencia.
  - Comparación 3: ejercicios fortalecimiento lengua: un único estudio con posible riesgo de sesgos y pocos pacientes.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**d) ¿Existe incertidumbre o variabilidad importante sobre cómo valoran los pacientes la importancia de los desenlaces principales?**

- **Juicio:** probablemente la incertidumbre o variabilidad no sean importantes.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**e) El balance entre los efectos deseados y no deseados esperados, ¿favorece la intervención o la comparación?**

- **Juicio:**
  - Comparación 1: ejercicios *Shaker* o CTAR: probablemente favorece la intervención.
  - Comparación 2: ejercicios EMST: probablemente favorece la intervención.
  - Comparación 3: ejercicios fortalecimiento lengua: no se sabe.
- **Evidencia procedente de la investigación:**
  - Comparación 1: ejercicios *Shaker* o CTAR: ambos tipos de ejercicios producen una mejora en la disfagia, aunque puede que no todas las personas que han sufrido un ictus toleren realizarlos.
  - Comparación 2: ejercicios EMST: este ejercicio produce también una mejora en la disfagia, pero puede resultar pesado de realizar para las personas que han sufrido un ictus.
  - Comparación 3: ejercicios fortalecimiento lengua: no se ha demostrado que haya efecto beneficioso en las personas con ictus que presentan disfagia.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**f) ¿Cuál es la magnitud de los recursos requeridos (costes)?**

- **Juicio:** no se sabe.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios.
- **Consideraciones adicionales:** no se cree que haya necesidad de recursos adicionales, salvo en el caso del entrenamiento de la fuerza muscular espiratoria para lo que se requiere un dispositivo que habría que financiar. Para el resto, se trata de explicar los ejercicios que estas personas pueden realizar en casa.

**g) ¿Cuál es la calidad de la evidencia sobre los recursos requeridos (costes)?**

- **Juicio:** no se han incluido estudios.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**h) El coste-efectividad de la intervención, ¿favorece la intervención o la comparación?**

- **Juicio:** no se sabe.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios de coste-efectividad.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**i) ¿Cuál sería el impacto en la equidad en salud?**

- **Juicio:** probablemente aumentaría.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado.
- **Consideraciones adicionales:** si la realización de ejercicios puede mejorar la disfagia, con una recomendación a favor de su realización desde AP se podría llegar a beneficiar a más pacientes. La aceptabilidad, sobre todo por los pacientes a la hora de realizar estos ejercicios. Se debería de tener en cuenta esto a la hora de explicárselo a los pacientes, sobre todo por el efecto beneficioso que pueden tener en la mejora de la disfagia.

**j) ¿Es aceptable la opción para todas las partes interesadas?**

- **Juicio:** varía.
- **Evidencia procedente de la investigación:** en referencia a los ejercicios de *Shaker*, se ha descrito que hay pacientes que rechazan continuar con la realización de los mismos (78). En personas que presentan dolor crónico de cuello o historia de cirugía en el cuello o traqueotomía, no está indicada su realización.
- **Consideraciones adicionales:** se entiende que puede haber variabilidad en la aceptabilidad, sobre todo por los pacientes a la hora de realizar estos ejercicios. Se debería de tener en cuenta esto a la hora de explicárselo a los pacientes, sobre todo por el efecto beneficioso que pueden tener en la mejora de la disfagia.

**k) ¿Es factible la implementación de la opción?**

- **Juicio:** probablemente sí.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado.
- **Consideraciones adicionales:** los profesionales sanitarios de AP que atienden a estos pacientes deberían conocer cómo se realizan estos ejercicios para poder explicárselo a los pacientes.