

PROTOCOLO DE ATENCIÓN A USUARIOS/VÍCTIMAS (PACIENTES)

## TAMIZAJE DE LA DEGLUCIÓN

GRUPO DE INVESTIGACIÓN FONOTEC

PROGRAMA DE FONOAUDIOLOGÍA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA MARÍA CANO

**ELABORADO POR:**

Luisa Fernanda Osorio Gutiérrez (Estudiante)

Mateo Piedrahita Villalobo (Estudiante)

Catalina Valvuenza Cuartas (Estudiante)

Fernando Delprado Aguirre (Profesor auxiliar, integrante grupo de investigación FONOTEC)

**REVISADO POR:**

Adriana Marcela Rojas Gil (Líder grupo de investigación FONOTEC)

María del Carmen Ossa Romero (Correctora de estilo)

**APROBADO POR:**

Belkis Lorena Torres Osorio (Directora programa de Fonoaudiología)

Primera versión, Medellín, Colombia:

© Fundación Universitaria María Cano

Noviembre de 2020

Protocolo de atención a usuarios/víctimas (pacientes)

## TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN .....	4
OBJETIVO .....	4
JUSTIFICACIÓN .....	4
NORMATIVIDAD APLICABLE .....	5
GLOSARIO .....	6
PROCEDIMIENTO .....	7
PROTOCOLO .....	8
BIBLIOGRAFÍA .....	19

## INTRODUCCIÓN

La deglución es un proceso complejo que permite el transporte de alimentos de la boca al estómago protegiendo la vía aérea (Murry & Carrau, 2012). Padecer algún desorden deglutorio representa un riesgo significativo para la vida de las personas; es por esto que se han desarrollado tamizajes de la deglución que representan una herramienta de medición valiosa y sumamente utilizada para la detección temprana de alteraciones. Los tamizajes permiten conocer el riesgo que tiene o no el paciente de padecer patologías como disfagia o broncoaspiración (Mañas-Martínez et al., 2018), además, se ejecutan con el fin de identificar y remitir al usuario al servicio de fonoaudiología para una evaluación completa y oportuna.

En la actualidad existen diversos tamizajes que se agrupan en cuatro categorías (listas de chequeo, cuestionarios autorreportados, tamizajes con agua y tamizajes con alimentos), comúnmente son de alta sensibilidad y baja especificidad, sin embargo, la elección entre los existentes depende de la población y el criterio de quien los aplica. Una de las herramientas desarrolladas de uso frecuente es el *Burke Dysphagia Screening Test*, este es administrado por el personal de salud en pacientes que han sufrido accidente cerebrovascular recientemente, dado que la frecuencia de aspiración en paciente con esta condición médica alcanza una frecuencia de hasta 73 % (DePippo et al., 1994). También es de uso común el cuestionario autorreportado *Eating Assessment Tool (EAT-10)*, en el que el usuario puntúa aspectos cualitativos de la deglución, preferencias alimenticias y signos de alarma, dicha prueba refleja una sensibilidad de 75 % y especificidad del 85,9 % (Fernández-Rosati et al., 2018). A su vez, la prueba de 3 onzas de agua que es usada con frecuencia en pacientes adultos con enfermedad neurológica, arrojando un 96,5 % de sensibilidad, 48,7 % de especificidad, valor predictivo positivo de 35,9 % y valor predictivo negativo de 97,9 % (Suiter & Leder, 2008). Por último se encuentra el *Gugging Swallowing Screen (GUSS)*, que busca identificar signos de aspiración, variaciones en la fase deglutoria y signos de alteración, su sensibilidad es del 100 % y especificidad del 69 % (Lugaro et al., 2017).

De acuerdo con lo anterior, y debido al uso recurrente de las pruebas mencionadas, estas estarán descritas con sus respectivos materiales e indicaciones en el presente protocolo para su aplicación. Como se mencionó anteriormente, la elección de un tamizaje depende de variables como la preferencia del clínico, el entorno clínico de aplicación (consulta externa, hospitalización, unidad de cuidado intensivo, etc.), la disposición de los materiales, entre otros.

## OBJETIVO

Establecer un protocolo de tamizaje de la deglución en el adulto mediante una búsqueda minuciosa de la literatura, favoreciendo la identificación oportuna del riesgo de disfagia.

## JUSTIFICACIÓN

Los tamizajes de la deglución son pruebas de rápida aplicación que permiten conocer el riesgo de disfagia, bien sea por los datos que el usuario proporcione en cuanto a la percepción de los signos y síntomas, la historia clínica o la recolección de datos en la revisión ejecutada por el personal

asistencial. A su vez, representan datos de gran importancia y que deben ser tenidos en cuenta en los ambientes hospitalarios, debido a que los usuarios con alteraciones deglutorias pueden desencadenar neumonía aspirativa, desnutrición, deshidratación y obstrucción de la vía aérea (Hincapie-Henao et al., 2010).

Por lo tanto, la aplicación de un tamizaje de la deglución es de gran utilidad ya que son instrumentos confiables y con validez; sencillos, rápidos, de bajo costo y de fácil ejecución; aplicable a la mayoría de los pacientes y diseñados para incorporar pruebas de rutina durante la admisión (Anaya Prado et al., 2007). Es por esto, que los tamizajes de la deglución permiten esclarecer el riesgo de disfagia y ejecutar procesos de remisión oportuna y pertinente para la realización de evaluaciones más especializadas que determinen mediante una revisión instrumental la presencia o ausencia de disfagia.

El siguiente protocolo se realiza con el fin de compilar diferentes tamizajes de la deglución validados y de uso común para que a criterio del personal asistencial y según las características de la población, sea aplicado aquel que se adapte a las necesidades.

#### NORMATIVIDAD APLICABLE

El presente protocolo se realiza tomando en consideración las diferentes normativas que involucran el ejercicio profesional, como la Ley 376 de 1997 en la que se reglamenta la profesión de fonoaudiología; allí se definen los efectos legales y se fundamentan sus áreas; el fonoaudiólogo desarrolla programas en investigación, administración, asesoría y asistencia en las áreas de desempeño profesional como: lenguaje, habla y audición. Dentro de la actividad y los campos generales se contempla que a este le compete el diseño, ejecución, control y dirección de los programas fonoaudiológicos en los que se involucre la promoción, prevención, diagnóstico, entre otros, de la población en general que presente o no desórdenes de comunicación (Congreso de la República de Colombia, 1997).

Por otro lado, para la ejecución del protocolo se consideraron los parámetros establecidos en la Ley 1995 de 1999, adoptando las normas para el manejo de la historia clínica, que como esta bien lo describe, es un documento privado, obligatorio, sometido a reserva, en el que se debe depositar las condiciones de salud del paciente, hacer registro de los procedimientos realizados por el personal de salud y mantener su confidencialidad (Ministerio de Salud, 1999).

Así mismo, se acoge a la Resolución 3495 de 2019, en la que se tiene en cuenta todos los procedimientos lógicos aplicables dentro del territorio colombiano, detallando los procesos a través de códigos, junto a descripciones detalladas de los conocimientos estandarizados para todos los profesionales del área de la salud. La Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS) serán aplicados a todos los sectores en salud para identificar y denominar dichos procedimientos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019).

Además, dada la contingencia sanitaria a causa del COVID-19 en la que se debe acondicionar y tomar una serie de precauciones y medidas respecto a la bioseguridad, tanto para el personal asistencial como para los pacientes, se tomaron los parámetros estipulados en la resolución 502 de 2020 que

propone llevar a cabalidad los lineamientos para la prestación de servicios de salud durante las etapas de contención y mitigación de la pandemia, instaurando medidas de autocuidado frente al entorno que rodea al individuo y la actuación responsable ante situaciones de riesgo de contagio. Se debe tener protocolos oportunos para la identificación, el control, y monitoreo de casos por COVID-19 que prevengan y mitiguen la propagación. De otra parte, se tuvo en cuenta la resolución 666 de 2020 que indica la adopción de los protocolos de Bioseguridad en época de pandemia con el fin de disminuir, controlar y realizar un adecuado manejo de la situación de salubridad a la que se enfrenta el país, por lo tanto, prioriza el derecho a la salud, con campañas de autocuidado y la actuación responsable situaciones de propagación de la enfermedad, así mismo, instaura medidas de protección en escenarios laborales, para evitar la proliferación de la enfermedad (Ministerio de salud y protección social, 2020).

Por último, se contempló el consenso de expertos realizado por el Colegio Colombiano de Fonoaudiólogos que establece Lineamientos para el ejercicio profesional del fonoaudiólogo en el contexto Sars-cov-2/covid-19 (Colegio Colombiano de Fonoaudiólogos, 2020).

## GLOSARIO

**Ataque cerebrovascular:** cuadro clínico cuyos síntomas se caracterizan por la afección de una región cerebral específica que puede afectar gravemente el cuerpo, esta se produce cuando se interrumpe el riego sanguíneo en un área cerebral o cuando se produce un derrame sanguíneo en el cerebro o sus alrededores (Benavides Bautista et al., 2018).

**Aspiración:** se refiere a la entrada de contenido alimenticio dentro de la vía aérea por debajo de los pliegues vocales. En términos biomecánicos, se produce antes, durante o después del desencadenamiento del reflejo deglutorio (Terre & Mearin, 2009).

**Auscultación cervical:** es un método diagnóstico no invasivo, fácil y sencillo de manejar; utilizado para escuchar las características acústicas de la deglución durante la fase faríngea por medio de un fonendoscopio. Esta ayuda a la identificación de pacientes con alto riesgo de aspiración o penetración (Borr et al., 2007).

**Tamizaje de la deglución:** son instrumentos que detectan riesgo de aspiración pulmonar asociada a disfagia orofaríngea y ayudan a determinar la necesidad de la evaluación clínica de la deglución o instrumental. (Enver et al., 2020).

**Deglución:** actividad que consiste en el transporte del bolo alimenticio, así como su limpieza por medio de una acción motora automática interviniendo músculos de la respiración y del aparato gastrointestinal (Murry & Carrau, 2012).

**Disfagia orofaríngea:** síntoma caracterizado por la imposibilidad de deglutir alimentos sólidos y líquidos, siendo de naturaleza funcional o estructural, a su vez, se tienen en cuenta cualquier derivación que impida un correcto ejercicio de la actividad, como lo puede ser la consciencia subjetiva de la dificultad de paso de bolo desde la boca al estómago y la percepción de obstrucción del proceso (Barroso, 2009; Carucci & Turner, 2015).

**Eating Assessment Tool-10 (EAT-10):** es una herramienta validada, autoadministrada y de resultados específicos de los síntomas de disfagia, desarrollada para documentar y monitorear la gravedad de los síntomas de disfagia y la eficacia del (Zuniga et al., 2018).

**Especificidad:** capacidad de detección de pacientes sanos o de clasificar a un paciente sano cuando en realidad está sano (Pita Fernández & Pértegas Díaz, 2003).

**Gugging Swallowing Screen (GUSS):** es una de las pruebas de detección de deglución que se han validado en pacientes con ictus agudo y recientemente se ha recomendado para su aplicación clínica regular en pacientes con sospecha de aspiración (Warnecke et al., 2017).

**International Dysphagia Diet Standardisation Initiative (IDDSI):** terminología y definiciones estandarizadas a nivel mundial para alimentos y líquidos con textura modificada aplicables a personas con disfagia de todas las edades, en todos los entornos de atención y en todas las culturas (Cichero et al., 2017).

**Prueba de 3 onzas de agua:** es un método ampliamente utilizado para evaluar a las personas que están en riesgo de disfagia y aspiración orofaríngea (Suiter & Leder, 2008).

**Sensibilidad:** hace referencia a los individuos correctamente diagnosticados con la condición, siendo estos verdaderos positivos (Bravo-Grau & Cruz, 2015).

**Sialorrea:** exceso de saliva en la cavidad oral que se manifiesta por un aumento de la producción de secreciones orales o la dificultad deglutoria o incluso un trastorno de la deglución (Trapl et al., 2007).

**The Burke Dysphagia Screening Test:** prueba de detección de disfagia para identificar pacientes en la fase de rehabilitación post accidente cerebrovascular con riesgo de neumonía, obstrucción recurrente de la vía aérea superior y muerte (DePippo et al., 1994).

**Viscosidad:** la viscosidad es una propiedad física que se puede medir. Consiste en sustancias con variaciones en el volumen y pueden ser tipo néctar, líquido y pudding, de un contraste hidrosoluble, que son sustancias propias para la aplicación de diferentes tamizajes de deglución (García-Peris et al., 2007).

## PROCEDIMIENTO

El tamizaje de la deglución sirve para identificar a los individuos que requieren evaluación integral de la función deglutoria o la remisión pertinente a diferentes profesionales asistenciales (American Speech-Language-Hearing Association, 2004). Este es un método de evaluación no invasivo que de una forma rápida permite identificar:

- Personas con riesgo de disfagia.
- Saber si el paciente requiere remisión para evaluación integral e instrumental.
- Identificar si hay riesgo de la seguridad al alimentarse por vía oral (respecto a la vía aérea).
- Identificar si hay riesgo de la eficacia al alimentarse por vía oral (respecto la nutrición e hidratación).

### Indicaciones clínicas

Según lo establece el Special Interest Group 13 Swallowing and Swallowing Disorders (2009) el tamizaje de la deglución está indicado en personas con:

- Deficiencias neurológicas o estructurales con compromiso a nivel deglutorio (por ejemplo, enfermedades cerebrovasculares o enfermedades neuromusculares).
- Antecedentes de disfagia.
- Signos evidentes de aspiración.
- Signos presentes o manifestaciones de dificultad para deglutir.

### PROTOCOLO

#### Medidas de bioseguridad

Las instituciones prestadoras de servicios de salud cuentan con normativas específicas de bioseguridad y lavado de manos. Para la aplicación del tamizaje de la deglución se requiere aplicar dichas normativas de manera indispensable según los requerimientos institucionales.

#### La prueba de detección de disfagia de Burke

Este test permite identificar a pacientes que están en riesgo de neumonía, obstrucción recurrente de las vías respiratorias superiores o muerte, después de un accidente cerebrovascular (DePippo et al., 1994).

- **Materiales y/o insumos de consumo**

Materiales y/o insumos	Unidad de medida	Cantidad
Cuestionario físico - The Burke Dysphagia Screening Test	Unidad	1

### Indicaciones

1. El médico debe diligenciar el formato con base en la historia clínica.
2. Si alguno de los ítems es calificado como “presente” el médico debe realizar la remisión pertinente.

#### **The Burke Dysphagia Screening Test**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Número de identificación: \_\_\_\_\_

Fecha de evaluación: \_\_\_\_\_



	Presente	Ausente
1. Ataque cerebrovascular bilateral	_____	_____
2. Ataque cerebrovascular del tronco encefálico	_____	_____
3. Antecedentes de neumonía en la fase aguda del ataque cerebrovascular	_____	_____
4. Tos asociada a la alimentación o durante la prueba de ingestión de 3 oz de agua	_____	_____
5. Falla al consumir la mitad de las comidas	_____	_____
6. Tiempo prolongado requerido para la alimentación	_____	_____
7. Vía alterna de alimentación en el momento	_____	_____
La presencia de una o más de estas características se califica como un fracaso de la prueba de detección de disfagia de Burke.		
Resultados: Pasa Falla		

<b>Reporte de historia clínica</b>	
<b>Criterios de puntuación</b>	
Si por lo menos uno de los criterios está presente, el médico deberá realizar remisión del usuario al servicio de fonoaudiología.	
<b>Puntuación obtenida</b>	
<b>Recomendaciones</b>	

### Eating assessment tool-10 (EAT-10)

Este cuestionario autorreportado contiene 10 preguntas enfocadas en identificar si el paciente presenta riesgo de padecer disfagia (Belafsky et al., 2008; Cheney et al., 2015).

- **Materiales y/o insumos de consumo**

Materiales y/o insumos	Unidad de medida	Cantidad
Cuestionario físico EAT-10	Unidad	1

#### Indicaciones

1. Se verifica que el paciente esté en estado de alerta y pueda diligenciar el cuestionario, en caso de no poder, el profesional deberá diligenciarlo.
2. Se indica al paciente que debe llenar la totalidad de los campos incluyendo la sumatoria y puntuación.
3. El paciente debe hacer entrega del formulario.

EAT-10: Eating Assessment Tool		FECHA
Tamizaje de la disfagia		SEXO
APELLIDOS	NOMBRE	EDAD
<b>OBJETIVO</b>		
El EAT-10 le ayuda a conocer su dificultad para tragar. Puede ser importante que hable con su médico sobre las opciones de tratamiento para sus síntomas.		
<b>A. INSTRUCCIONES</b>		
Responda cada pregunta escribiendo en el recuadro en número de puntos. ¿Hasta qué punto usted percibe los siguientes problemas?		
<p><b>1 Mi problema para tragar me ha llevado a perder peso</b></p> <p>0 = ningún problema</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 = es un problema serio</p>	<p><b>6 Tragar es doloroso</b></p> <p>0 = ningún problema</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 = es un problema serio</p>	
<p><b>2 Mi problema para tragar interfiere con mi capacidad para comer fuera de casa</b></p> <p>0 = ningún problema</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 = es un problema serio</p>	<p><b>7 El placer de comer se ve afectado por mi problema para tragar</b></p> <p>0 = ningún problema</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 = es un problema serio</p>	
<p><b>3 Tragar líquidos me supone un esfuerzo extra</b></p> <p>0 = ningún problema</p> <p>1</p>	<p><b>8 Cuando trago, la comida se pega en mi garganta</b></p> <p>0 = ningún problema</p> <p>1</p>	

2  
3  
4 = es un problema serio

**4 Tragar sólidos me supone un esfuerzo extra**

0 = ningún problema  
1  
2  
3  
4 = es un problema serio

**5 Tragar pastillas me supone un esfuerzo extra**

0 = ningún problema  
1  
2  
3  
4 = es un problema serio

2  
3  
4 = es un problema serio

**9 Toso cuando como**

0 = ningún problema  
1  
2  
3  
4 = es un problema serio

**10 Tragar es estresante**

0 = ningún problema  
1  
2  
3  
4 = es un problema serio

**A. PUNTUACIÓN**

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

**Puntuación total** (máximo 40 puntos)

**C. QUÉ HACER AHORA**

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

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

Burgos R, et al. Traducción y Validación de la versión en español de la escala EAT-10 para despistaje de la disfagia. Congreso Nacional SENPE 2011.

<b>Reporte de historia clínica</b>	
<b>Criterios de puntuación</b>	
Si la sumatoria es superior o igual a 3, se considera que el usuario puede presentar riesgo para tragar de forma eficaz y segura. Si el resultado es mayor a 15 existe un riesgo de aspiración, por lo tanto, se debe realizar evaluación por fonoaudiología.	
<b>Puntuación obtenida</b>	
<b>Recomendaciones</b>	



### Prueba de tres onzas de agua

Esta prueba es usada frecuentemente en pacientes adultos con enfermedad neurológica con el fin de evaluar riesgo de disfagia y aspiración orofaríngea (Suiter & Leder, 2008).

- **Materiales y/o insumos de consumo**

Materiales y/o insumos	Unidad de medida	Cantidad
Botella de agua	Botella	1
Vaso	Unidad	1
Jeringa de 50ml	Unidad	1

### Indicaciones

1. El paciente debe estar en posición sedente y se verifica que esté en estado de alerta.
2. Se solicita al usuario tomar de forma continua los 90 ml de agua que está en el vaso.
3. Se debe observar si el usuario presenta alguno de los siguientes signos durante o un minuto después de la ingesta:
  - ✓ Tos
  - ✓ Carraspeo
  - ✓ Ahogo
  - ✓ Voz ronca (*Con el fin de identificar este signo se debe entablar una conversación espontánea o realizar alguna pregunta después de la ingesta*).
  - ✓ Voz húmeda (*Con el fin de identificar este signo se debe entablar una conversación espontánea o realizar alguna pregunta después de la ingesta*).

Reporte de historia clínica	
<b>Criterios de puntuación</b>	
Si durante la ingesta o un minuto después de la misma el usuario presenta signos como: tos, ahogo, voz ronca y voz húmeda, se debe realizar remisión para evaluación adicional de la deglución por fonología.	
<b>Puntuación obtenida</b>	
<b>Recomendaciones</b>	

### Gugging swallowing screen (GUSS)

Esta prueba fue diseñada con la finalidad de determinar el riesgo de aspiración por alimento (Trapl et al., 2007).

- **Materiales y/o insumos de consumo**

Materiales y/o insumos	Unidad de medida	Cantidad
Cuchara pequeña	Unidad	1
Vaso o taza	Unidad	1
Jeringa 20ml	Unidad	1
Espesante	Lata	100 gr
Botella de agua (mineral, sin gas o esterilizada)	Botella	1
Pan	Tajadas	3 piezas (1,5 x 1,5 cm)
Lapicero	Unidad	1
Cuestionario físico -Gugging swallowing screen GUSS	Unidad	1

- **Equipos fijos o elementos**

Descripción de equipo o elemento	Tiempo de uso en minutos
Fonendoscopio	10 minutos

### Indicaciones

1. La primera parte de la prueba consiste en verificar el estado, mecanismos de protección y signos que presente el usuario.

### Vigilancia

- 1.1 El usuario debe estar en posición sedente
- 1.2 Verificar que esté alerta al menos 15 minutos

### Toser y/o carraspear

- 1.3 Solicitarle que tosa fuerte o aclare la garganta (carraspee), si es necesario realice modelado.
- 1.4 Se verifica que la tos o el carraspeo sea fuerte con el fin de que pueda transportar un cuerpo extraño.

### Deglución de saliva

- 1.5 Se le solicita al paciente que trague saliva, si no lo puede realizar se debe hacer higiene bucal y humedecer la mucosa.
- 1.6 Si por alguna alteración cognitiva el paciente no puede deglutir saliva, se debe validar por medio de observación o humedecer la boca con una cuchada con agua.
- 1.7 Observar si hay sialorrea.
- 1.8 Observar si la voz es ronca, húmeda o se escucha al respirar como si hubiera acumulación de saliva en faringe o laringe.

**1.9** Al pedirle que diga “Aah” se debe observar que no presente cambios en la voz después de deglutir saliva.

**1.10** Si el paciente no puede emitir voz, con el fonendoscopio realice auscultación cervical (si escucha sonido de gárgaras marque “SI” = 0 puntos).

*Se debe realizar sumatoria de los puntos para determinar si se continua con la parte 2 de la prueba.*

**2.** La segunda parte de la prueba consiste en realizar el examen directo de la deglución mediante diferentes consistencias, *de acuerdo al comportamiento y signos en cada consistencia se puede evaluar la siguiente o detener la evaluación.*

**2.1** Semisólido

**2.2** Líquido

**2.3** Sólido

En cada consistencia se debe observar los siguientes criterios de aspiración:

- ✓ Tos involuntaria
- ✓ Deglución
- ✓ Sialorrea
- ✓ Cambios en la voz (si el paciente no logra emitir voz utilice el fonendoscopio y realice auscultación cervical).

Nombre del paciente

**G U S S**  
(Gugging Swallowing Screen)

Fecha: \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

Evaluador: \_\_\_\_\_

**1. Investigación preliminar / Examen Indirecto de la Deglución.**

		SI	NO
<b>VIGILANCIA</b>	El paciente debe estar alerta al menos 15 minutos	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
<b>TOSER Y/O CARRASPEAR</b>	Tos voluntaria: el paciente debe toser o carraspear dos veces	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
<b>DEGLUCIÓN DE SALIVA</b>	Seguir conducta de higiene oral si la boca está seca, si el paciente tosió durante o después de deglutir saliva, marcar "NO"	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
• Deglución exitosa			
• Sialorrea	Salivación severa permanente	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
• Cambios de voz (después de deglutir)	Gorgoteo, voz húmeda, voz ronca	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	<b>TOTAL:</b>	<b>(5)</b>	
		1 – 4= Detener test, consultar tabla de evaluación del GUSS 5 = Continuar con la parte 2	

**2. Examen Directo de la Deglución.** (Material: agua, espesante, cuchara pequeña, taza o vaso, jeringa, pan)

En el siguiente orden	SEMISÓLIDO →	LIQUÍDO →	SÓLIDO →
	½ cucharadita de agua con espesante (IDDSI: Nivel 3) Si no hay síntomas administrar ½ cda. De 3-5 más. Detenga la evaluación si	(IDDSI: Nivel 0) ofrezca 3,5,10,20 ml de agua en una taza o vaso de forma secuenciada. Enseguida proporcione 50 ml de agua.	(IDDSI: Nivel 6) Ofrezca un pequeño pedazo de pan (máx. 1.5 x 1.5 cm). Repita el procedimiento cinco veces. Detenga la



	observa uno de los cuatro criterios de aspiración. **	Detenga la evaluación si observa uno de los cuatro criterios de aspiración. **	evaluación si observa uno de los cuatro criterios de aspiración. **
<b>DEGLUCIÓN</b>			
• Deglución no es posible	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
• Deglución tardía (Semisólidos, líquidos, > 2 seg. Sólidos >10 seg)	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
• Deglución exitosa.	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
<b>TOS (involuntaria)</b> (antes, durante y después de la deglución – hasta tres minutos)			
• Sí	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
• No	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
<b>SIALORREA</b>			
• Sí	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
• No	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
<b>CAMBIOS EN LA VOZ</b> (Escuchar la voz antes y después de deglutir- Paciente debe decir “Aah”)			
• Sí	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
• No	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
<b>TOTAL:</b>	(5)	(5)	(5)
	<b>1 – 4=</b> Detener test, consultar tabla de evaluación del GUSS <b>5 =</b> Continuar con la parte 2.	<b>1 – 4=</b> Detener test, consultar tabla de evaluación del GUSS <b>5 =</b> Continuar con la parte 2.	

\*\*\* Criterios de aspiración: alteración de la deglución tos sialorrea y cambios de voz.

**TOTAL: (Examen de Evaluación Indirecto y Examen de Evaluación Directo) \_\_\_\_\_ (20)**

<b>Reporte de historia clínica</b>
<b>Criterios de puntuación</b>
<b>GUSS</b> (Gugging Swallowing Screen) GUSS – EVALUATION

	Resultados	Código de gravedad	Recomendaciones
20	Éxito con las texturas semisólido, líquido y sólido.	Leve/ Sin Disfagia Mínimo riesgo de aspiración.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dieta normal</li> <li>• Líquidos regulares (la primera vez bajo la supervisión de un fonoaudiólogo o una enfermera entrenada).</li> </ul>
15-19	Éxito con las texturas semisólido y líquido.  Fracaso con la textura sólida.	Disfagia Leve con un bajo riesgo de aspiración.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dieta para disfagia (puré y alimentos blandos).</li> <li>• Líquidos muy lentamente = un sorbo a la vez.</li> <li>• Evaluación funcional de la deglución, tales como Evaluación Fibroscópica de la Deglución (FEES) o Evaluación Videofluoroscópica de la Deglución (VFES).</li> <li>• Derivar a fonoaudiólogo.</li> </ul>
10-14	Éxito al deglutir semisólidos.  Fracaso al deglutir líquidos.	Disfagia Moderada con riesgo de aspiración.	<p>La dieta para disfagia comienza con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Textura semisólida, tales como alimentos para bebés y alimentación parenteral adicional.</li> <li>• Todos los líquidos deben ser espesados.</li> <li>• Las píldoras deben molerse y mezclarse con líquido espeso.</li> <li>• Ninguna medicación líquida.</li> <li>• Evaluaciones funcionales de la Deglución (FEES, VFES).</li> <li>• Derivar a fonoaudiólogo.</li> </ul> <p>Suplemento con sonda nasogástrica o alimentación parenteral.</p>
0-9	Fracaso en investigación preliminar o fracaso al deglutir semisólidos.	Disfagia severa con alto riesgo de aspiración	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nata por boca.</li> <li>• Evaluaciones Funcionales de la Deglución (FEES, VFES).</li> <li>• Derivar a fonoaudiólogo.</li> </ul> <p>Suplemento con sonda nasogástrica o alimentación parenteral.</p>
<b>Puntuación obtenida</b>			

<b>Recomendaciones</b>

## BIBLIOGRAFÍA

- American Speech-Language-Hearing Association. (2004). *Preferred practice patterns for the profession of speech-language pathology*. [www.asha.org/policy/](http://www.asha.org/policy/)
- Anaya Prado, R., Arenas Márquez, H., & Arenas Moya, D. (2007). *Nutrición enteral y parenteral*. McGraw-Hill Interamericana.
- Barroso, J. (2009). Disfagia orofaríngea y broncoaspiración. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 44, 22–28. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2009.06.010>
- Belafsky, P. C., Mouadeb, D. A., Rees, C. J., Pryor, J. C., Postma, G. N., Allen, J., & Leonard, R. J. (2008). *Validity and reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10)*. *Annals of Otolaryngology, Rhinology & Laryngology*, 117(12), 919–924.
- Benavides Bautista, P. A., Sánchez Villacis, L., Álvarez Mena, P., Manzano Pérez, V. A., & Zambrano Jordán, D. (2018). *Diagnóstico, imagenología y accidente cerebrovascular*. *Enfermería Investiga: Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión*, 3(1 Sup), 77–83. <https://doi.org/10.29033/ei.v3sup1.2018.16>
- Borr, C., Hielscher-Fastabend, M., & Lücking, A. (2007). *Reliability and Validity of Cervical Auscultation*. *Dysphagia*, 22(3), 225–234. <https://doi.org/10.1007/s00455-007-9078-3>
- Bravo-Grau, S., & Cruz, J. P. (2015). *Estudios de exactitud diagnóstica: Herramientas para su Interpretación*. *Revista Chilena de Radiología*, 21(4), 158–164. <https://doi.org/10.4067/S0717-93082015000400007>
- Carucci, L. R., & Turner, M. A. (2015). *Dysphagia Revisited: Common and Unusual Causes*. *RadioGraphics*, 35(1), 105–122. <https://doi.org/10.1148/rg.351130150>
- Cheney, D. M., Siddiqui, M. T., Litts, J. K., Kuhn, M. A., & Belafsky, P. C. (2015). *The ability of the 10-item eating assessment tool (EAT-10) to predict aspiration risk in persons with dysphagia*. *Annals of Otolaryngology, Rhinology & Laryngology*, 124(5), 351–354.
- Cichero, J. A. Y., Lam, P., Steele, C. M., Hanson, B., Chen, J., Dantas, R. O., Duivesteyn, J., Kayashita, J., Lecko, C., Murray, J., Pillay, M., Riquelme, L., & Stanschus, S. (2017).

*Development of International Terminology and Definitions for Texture-Modified Foods and Thickened Fluids Used in Dysphagia Management: The IDDSI Framework.* *Dysphagia*, 32(2), 293–314. <https://doi.org/10.1007/s00455-016-9758-y>

Colegio Colombiano de Fonoaudiólogos. (2020). *Lineamientos para elejercicio profesional del fonoaudiólogo en el contexto sars-cov-2/covid-19.* [https://www.ccfonoaudiologos.co/files/LINEAMIENTOS\\_FONOAUDIOLOGICOS\\_COVID\\_19.pdf](https://www.ccfonoaudiologos.co/files/LINEAMIENTOS_FONOAUDIOLOGICOS_COVID_19.pdf)

Congreso de la República de Colombia. (1997). *Ley 376 de 1997. Por la cual se reglamenta la profesión de Fonoaudiología y se dictan normas para su ejercicio en Colombia.* [https://www.mineduacion.gov.co/1759/articles-105005\\_archivo\\_pdf.pdf](https://www.mineduacion.gov.co/1759/articles-105005_archivo_pdf.pdf)

DePippo, K. L., Holas, M. A., & Reding, M. J. (1994). *The burke dysphagia screening test: validation of its use in patients with stroke.* *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 75(12), 1284–1286. [https://doi.org/10.1016/0003-9993\(94\)90274-7](https://doi.org/10.1016/0003-9993(94)90274-7)

Enver, N., Borders, J. C., Curtis, J. A., Sevitz, J. S., Vanegas-Arroyave, N., & Troche, M. S. (2020). *The Role of Vocal Fold Bowing on Cough and Swallowing Dysfunction in Progressive Supranuclear Palsy.* *The Laryngoscope.* <https://doi.org/10.1002/lary.28885>

Fernández-Rosati, J., Lera, L., Fuentes-López, E., & Albala, C. (2018). *Validez y confiabilidad del cuestionario Eating Assessment Tool 10 (EAT-10) para detectar disfagia en adultos mayores chilenos.* *Revista Médica de Chile*, 146(9), 1008–1015. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872018000901008>

García-Peris, P., Paron, L., Velasco, C., De la Cuerda, C., Camblor, M., Bretón, I., Herencia, H., Verdaguer, J., Navarro, C., & Clave, P. (2007). *Long-term prevalence of oropharyngeal dysphagia in head and neck cancer patients: impact on quality of life.* *Clinical Nutrition*, 26(6), 710–717.

Gutiérrez-Achury, A. M., Ruales Suárez, K., Giraldo Cadavid, L. F., & Rengifo Varona, M. L. (2015). *Escalas de calidad de vida y valoración de los síntomas en disfagia.* In *Revista Med* (Vol. 23, pp. 50–55). scieloco.

Hincapie-Henao, L., Lugo, L. E., Ortiz, S. D., & López, M. E. (2010). *Prevalencia de disfagia en unidad decuidados especiales.* *CES Medicina*, 24(2), 21–30.

Lugaro, M. C., Ríos, F., Lauria, V., Jimenez, S., Benito Mori, L., & Schoon, P. (2017). *Incidencia de trastornos deglutorios post-extubación en cuidados intensivos, mediante evaluación fibroscópica.* *Revista Americana de Medicina Respiratoria*, 17(3), 232–240. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=382153167006>

Mañas-Martínez, A. B., Bucar-Barjud, M., Campos-Fernández, J., Gimeno-Orna, J. A., Pérez-Calvo, J., & Ocón-Bretón, J. (2018). *Asociación de un cribado positivo para disfagia con el estado nutricional y la mortalidad a largo plazo en pacientes ancianos hospitalizados.* *Endocrinología, Diabetes y Nutrición*, 65(7), 402–408.

<https://doi.org/10.1016/j.endinu.2018.02.004>

- Ministerio de Salud. (1999). *Ley 1995 de 1999. Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica*.  
<http://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/f1e6ed33-ad54-4600-8d37-58f833705d21/Resolución+1995+de+1999.pdf?MOD=AJPERES>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). *Resolución 0666. Por medio de la cual se adopta el protocolo de bioseguridad para mitigar, controlar y realizar el adecuado manejo de la pandemia del Coronavirus COVID-19*.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). *Resolución 3495. Por la cual se establece la Clasificación Única de Procedimientos en Salud*.
- Murry, T., & Carrau, R. L. (2012). *Clinical management of swallowing disorders* (3ra ed.). Plural Publishing.
- Pita Fernández, S., & Pértegas Díaz, S. (2003). *Pruebas diagnósticas: Sensibilidad y especificidad*. *Cad Aten Primaria*, 10(1), 120–124.
- Special Interest Group 13 Swallowing and Swallowing Disorders (Dysphagia). (2009). *Frequently Asked Questions (FAQ) on Swallowing Screening: Special Emphasis on Patients With Acute Stroke*. <https://www.asha.org/siteassets/uploadedfiles/faqs-on-swallowing-screening.pdf>
- Suiter, D. M., & Leder, S. B. (2008). *Clinical Utility of the 3-ounce Water Swallow Test*. *Dysphagia*, 23(3), 244–250. <https://doi.org/10.1007/s00455-007-9127-y>
- Terre, R., & Mearin, F. (2009). *Evolution of tracheal aspiration in severe traumatic brain injury-related oropharyngeal dysphagia: 1-year longitudinal follow-up study*. *Neurogastroenterology & Motility*, 21(4), 361–369.
- Trapl, M., Enderle, P., Nowotny, M., Teuschl, Y., Matz, K., Dachenhausen, A., & Brainin, M. (2007). *Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients: the Gugging Swallowing Screen*. *Stroke*, 38(11), 2948–2952.
- Warnecke, T., Im, S., Kaiser, C., Hamacher, C., Oelenberg, S., & Dziewas, R. (2017). *Aspiration and dysphagia screening in acute stroke - the Gugging Swallowing Screen revisited*. *European Journal of Neurology*, 24(4), 594–601.  
<https://doi.org/10.1111/ene.13251>
- Zuniga, S. A., Ebersole, B., & Jamal, N. (2018). *Utility of Eating Assessment Tool–10 in Predicting Aspiration in Patients with Unilateral Vocal Fold Paralysis*. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*, 159(1), 92–96. <https://doi.org/10.1177/0194599818762328>