



Universidad de Valladolid

Facultad de Enfermería

GRADO EN ENFERMERÍA

**DISFAGIA ASOCIADA A LA
ENFERMEDAD DE
PARKINSON**

Autor/a: Alexandra Rodríguez Alonso

Tutor/a: Virtudes Niño Martín

AGRADECIMIENTOS:

Este trabajo fin de grado, no hubiera sido posible realizarlo sin la gran disponibilidad que han mostrado el equipo que forma parte de la Asociación de Parkinson Valladolid, en especial a la logopeda Cristina Agudo Alba que ha sido el principal enlace de la Asociación.

Agradecer también a todos los pacientes que acuden a tal centro ya que sin su participación este proyecto de investigación no hubiera sido posible.

Por supuesto agradecer a mi tutora Virtudes Niño Martín por su apoyo, disponibilidad y supervisión en el apoyo de este trabajo.

Por último, dar las gracias a todas las personas que me han apoyado en este largo camino, a mi familia y por supuesto mi marido por su apoyo y ánimo para seguir adelante y así conseguir mi sueño.

RESUMEN:

La disfagia orofaríngea es un síntoma que se asocia a la enfermedad de Parkinson, se define como la dificultad o el impedimento al avance normal del bolo alimenticio desde la cavidad oral hasta el estómago, contribuyendo a una deglución ineficaz e insegura. Este proyecto de investigación tiene como objetivo principal detectar disfagia en pacientes con Enfermedad de Parkinson.

Se realizó una encuesta que fue distribuida entre los EP que acuden a rehabilitación a la Asociación de Parkinson Valladolid, con el fin de detectar disfagia orofaríngea y cómo afecta esta enfermedad en las ABVD, siendo centro colaborador.

Entre los pacientes encuestados un 37,81% se ha detectado que poseen disfagia orofaríngea y que necesitarían de espesantes para una correcta deglución, observando que el rango de mayor prevalencia se encuentra entre los 70-80 años y que la enfermedad afecta de manera moderada en sus ABVD. Debido al desconocimiento de estudios previos sobre este problema y el desconocimiento de los familiares para detectar precozmente la disfagia que realiza un tríptico informativo para todo el personal sanitario, familiares y cuidadores y para centros de mayores.

Palabras clave: Enfermedad de Parkinson, Disfagia orofaríngea, cuidados de enfermería, ABVD.

INDICE:

1. Introducción y justificación.....	5
1.1 Definiciones y conceptos.....	6
1.2 Factores epidemiológicos.....	10
1.3 Objetivos.....	11
2. Metodología.....	12
3. Resultados.....	14
4. Discusión.....	20
5. Conclusiones.....	22
6. Bibliografía.....	23
7. Anexos.....	26

ABREVIATURAS:

ABVD: Actividades básicas de la vida diaria

ACV: Accidente Cerebro Vascular

APARVAL: Asociación Parkinson de Valladolid

CIBER: Centro de investigación Biomédica en Red.

EAT-10: Eating Assessment Tool. Despistaje de la Disfagia.

EP: Enfermedad de Parkinson

MECV-V: Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad

MNA: Mini Nutritional Assessment

SatO2: Saturación de oxígeno

SNG: Sonda nasogástrica

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN:

La enfermedad de Parkinson es un trastorno crónico neurodegenerativo e invalidante, que afecta a más de 160.000 personas en España; de las cuales, el 10% presenta la enfermedad en estado avanzado (1). Afecta a un número importante de la población española.

La edad media de comienzo de la enfermedad está en torno a la sexta década de la vida, aunque uno de cada cinco pacientes es diagnosticado antes de los cincuenta años. La EP afecta más a los hombres que a las mujeres (2).

Se estima una prevalencia de la enfermedad llegando al 1% en mayores de 60 años y superior al 4% en mayores de 80 años (3).

Uno de los síntomas que se pueden dar en las personas con enfermedad de Parkinson es la disfagia orofaríngea.

El 50% de los pacientes con Parkinson muestran algunos síntomas consistentes con la disfagia orofaríngea. Es más frecuente que aparezca en las etapas más tardías de la enfermedad (5).

La disfagia orofaríngea puede afectar al 30-40% de los pacientes ancianos. El CIBER de Enfermedades Hepáticas y Digestivas y la European Society for Swallowing Disorders puso de manifiesto que este síndrome está todavía infradiagnosticado y que la mayoría de los pacientes no reciben un tratamiento adecuado.

La patología de la disfagia ocasiona complicaciones severas como malnutrición, deshidratación, infecciones respiratorias o neumonía (4).

Según estos datos que se han recogido de diferentes fuentes bibliográficas, la mayoría de las personas diagnosticadas de Parkinson sufren disfagia orofaríngea. Como existen pocas investigaciones sobre la disfagia en los pacientes parkinsonianos es esencial conocer y reconocer la sintomatología para una deglución segura y eficaz, previendo las complicaciones más frecuentes de la disfagia orofaríngea. Así como informar y educar a los familiares de cómo detectar algunos de los signos de una alimentación no segura y una deglución ineficaz.

1.1 DEFICIONES Y CONCEPTOS:

PARKINSON:

La primera descripción de la enfermedad fue hecha por el médico británico Jamen Parkinson en 1817, posteriormente fue el neurólogo francés Charcot quién le otorgó el nombre de Enfermedad de Parkinson.

Es un trastorno neurodegenerativo porque afecta al sistema nervioso, produciéndose unos mecanismos de daño y posterior degeneración de las neuronas ubicadas en la sustancia negra. Estas neuronas se encargan de producir dopamina, neurotransmisor fundamental para la realización del movimiento. También se ven afectadas otros neurotransmisores como son la serotonina, noradrenalina y acetilcolina.

La enfermedad de Parkinson es una enfermedad crónica, que progresa lentamente y afecta de diferente forma a los distintos individuos. Es una enfermedad idiopática. (2)

Los síntomas principales son:

- Temblor
- Rigidez
- Bradicinesia
- Inestabilidad postural

Otros síntomas pueden acompañar a la enfermedad:

- Disfagia
- Depresión
- Cambios emocionales
- Cambios en el habla
- Hipotensión ortostática (8)

DISFAGIA:

La disfagia se define como la dificultad o el impedimento al avance normal del bolo alimenticio desde la cavidad oral hasta el estómago. (9)

Es frecuente en pacientes neurológicos, ya sea como consecuencia de lesiones o disfunción del sistema nervioso central, los nervios, la unión neuromuscular o el músculo. (10)

Tabla 1: Fisiopatología de la deglución de elaboración propia.

FISIOPATOLOGÍA DE LA DEGLUCIÓN		
	DEGLUCIÓN NORMAL	ALTERACIÓN DEGLUCIÓN PACIENTE PARKINSON CON DISFAGIA
ETAPA PREPARATORIA ORAL	Entrada de alimento en la cavidad oral, masticación y formación del bolo. Duración variable. Control voluntario	Reducido cierre labial. Movimiento repetitivo del bolo de anterior a posterior.
ETAPA ORAL	Bolo movido dentro de la boca. Elevación de la lengua e impulsa el bolo hacia la faringe. Duración 1 segundo. Control voluntario.	Retardo en el inicio del reflejo faríngeo de 2-3 segundos.
ETAPA FARÍNGEA	Reflejo de la deglución se desencadena. Elevación y retracción del velo del paladar, elevación y cierre de los esfínteres faríngeos. Relajación del esfínter cricofaríngeo para permitir el paso de los alimentos de la faringe al esófago. Control involuntario.	Contracción faríngea reducida. Elevación y cierre laríngeo reducido
ETAPA ESOFÁGICA	Bolo pasa al esófago. Relajación esfínter esofágico. Bolo llega al estómago. Control involuntario	

Basado en Disfagia en el paciente neurológico y Protocolo nutricional para pacientes con disfagia.

Autores: Rafael González V., Jorge A. Bevilacqua y el Hospital General Universitario de Alicante y Centro de especialidades Babel.

La disfagia frecuentemente determina complicaciones de vital importancia para el paciente neurológico, como son la neumonía aspirativa, la deshidratación y la desnutrición. (10)

Tipos de disfagia:

- **Disfagia esofágica:**

Dificultad de hacer progresar el bolo alimenticio desde la faringe hasta la cavidad gástrica. Etología más variada que la orofaríngea, así como las patologías causantes de disfagia que pueden tener un tratamiento específico.

Diagnóstico:

- Endoscopia digestiva alta: prueba de elección. Visión directa de la presencia de lesiones orgánicas, así como la toma de muestras biológicas, siendo de especial importancia en la patología maligna.
- Radiología baritada: aporta información sobre la anatomía esofágica y su motilidad.
- Manometría esofágica: en los casos que la endoscopia digestiva resulta negativa o se sospecha de una patología de tipo motor.

- **Disfagia aguda:**

Puede deberse a un cuadro de disfagia crónica reagudizada (menos frecuente) o bien a una impactación de cuerpo extraño en la luz esofágica que provoca una disfagia brusca, acompañada de molestias centrotorácicas, sialorrea y regurgitación.

Diagnóstico:

- Radiografía simple de tórax: para descartar perforación
- Endoscopia digestiva alta: una vez descartada la perforación, se puede localizar el cuerpo extraño impactado.

- **Disfagia orofaríngea:**

Es la dificultad en la deglución referida por el paciente a nivel cervical o supraesternal, inmediatamente después de la ingesta del alimento. Es especialmente prevalente en la población anciana y asociada a diferentes trastornos neurológicos (AVC, enfermedad de Alzheimer, Enfermedad de Parkinson).

Diagnóstico:

- Radiología baritada: permite una visualización y análisis detallados del mecanismo de la deglución. Útil para el diagnóstico de alteraciones

anatómicas o estructurales, de las disfunciones musculares, los movimientos anómalos del bolo alimenticio o presencia de aspiraciones.

- Laringoscopia nasofaríngea: lo realiza un otorrinolaringólogo, introduciendo un fibroscopio por vía transnasal, permite examen de orofaringe, hipofaringe, laringe y cuerdas vocales. Útil para el diagnóstico de lesiones orgánicas a este nivel y visualizar de forma directa la fase faríngea de la deglución si se da al paciente bolos de alimento y líquido para que lo trague.
- Manometría: permite el estudio cuantitativo de las presiones (hipertonía o hipotonía) a nivel del esfínter esofágico superior (músculo cricofaríngeo). (9)
- Videofluoroscopia: es la técnica de primera elección para estudiar los mecanismos orofaríngeos de disfagia funcional. Consta de una exploración radiológica dinámica que permite identificar las principales alteraciones de la deglución, mientras el paciente realiza degluciones de contraste radiopaco preparadas con diferentes densidades. El objetivo es evaluar la eficacia y la seguridad de la deglución, evaluar la eficacia de los tratamientos y obtener datos cuantitativos de la biomecánica orofaríngea. (11, 12)

Complicaciones:

La disfagia puede producir una pérdida de la eficacia de la deglución llevando al paciente a la desnutrición y/o deshidratación.

La desnutrición que se produce es de tipo proteico con pérdida de peso, junto con una disminución de la masa magra y grasa. La deshidratación favorece la confusión mental, la sequedad de la piel y mucosas y disminución en la salivación, contribuyendo a una alteración de la deglución.

Si lo que predomina en la es una pérdida de la seguridad de la deglución se producirá atragantamiento con obstrucción de la vía aérea, penetración o aspiración traqueobronquial (broncoaspiración). (16)

Dependencia, aislamiento social y mayor carga de cuidados, institucionalización.

Necesidad en algunos casos de utilización de medios de nutrición artificial (SNG, gastrostomía). Utilización de restricciones físicas para mantener el sistema de

alimentación enteral artificial en algunos casos de pacientes con extubaciones de repetición. (17)

1.2 FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS:

- ❖ La disfagia es un problema frecuente. Una de cada 17 personas presenta alguna forma de disfagia a lo largo de su vida.
- ❖ Es difícil dar datos epidemiológicos a nivel mundial, dado que la prevalencia de la mayoría de las enfermedades que pueden provocar disfagia tiende a diferir entre las diferentes regiones y continentes.
- ❖ Según un estudio realizado en Reino Unido en 2011 describe una tasa de prevalencia de disfagia de 11% en la comunidad en general. La condición afecta a 40-70% de los pacientes con ACV, 60-80% de los pacientes con enfermedades neurodegenerativas y hasta 13% de los adultos de 65 años y > 51% de los pacientes institucionalizados. (14)
- ❖ En España, existen pocos estudios epidemiológicos serios sobre la incidencia y la prevalencia de la disfagia orofaríngea, pero sin embargo se conoce una gran variedad de cuadros clínicos, provenientes de estructuras diversas en el recorrido del bolo desde la boca hasta el estómago. (15)
- ❖ La disfagia orofaríngea afecta a más del 30% de los pacientes que han sufrido un ACV. Es el síntoma inicial del 60% de los pacientes con esclerosis lateral mioatrófica, 40% de los pacientes con miastenia gravis, 44% pacientes con esclerosis múltiple, 84% en los pacientes con Alzheimer y a más del 60% de los ancianos institucionalizados.
- ❖ En la Enfermedad de Parkinson afecta entre 52-82% de la población. Siendo el 42,6% mujeres y un 57,4% en hombres. La edad de los pacientes de Parkinson estaba entre los 40-88 años. La mayoría de los pacientes vivían con su pareja.

Los datos sociodemográficos y clínicos que se presentan en la figura 1. Sólo el 20,4% de los pacientes fue consciente de padecer disfagia, el 14,5% sabía lo que era un espesante, 2,6% usó un espesante y el 70% recibía logopedia. (13,6)

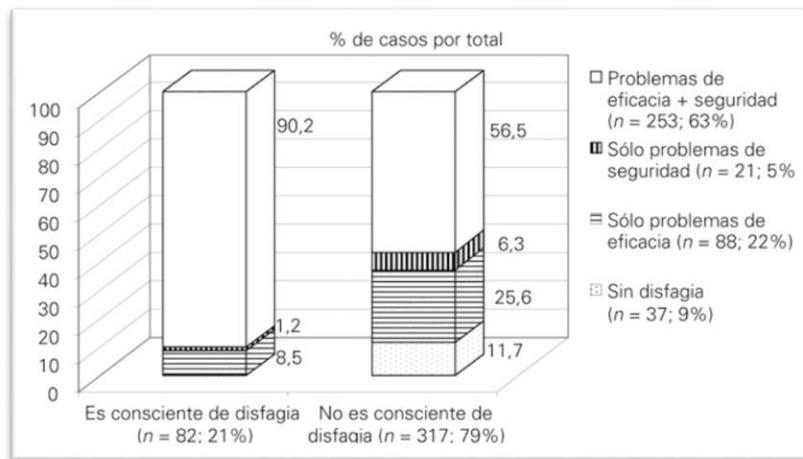


Fig. 1: Fuente: Revista de neurología. Conciencia de disfagia según la presencia de problemas de eficacia y seguridad.

- ❖ Las aspiraciones orofaríngeas ocasionan frecuentes infecciones respiratorias, y hasta un 50% de los pacientes que aspiran desarrollará neumonía aspirativa con una alta mortalidad (50%) (13,16).
- ❖ En la serie publicada por el Grupo Europeo de la disfagia, sobre un total de 360 enfermos, hasta el 44% había perdido peso en el momento del diagnóstico de la disfagia. Los mayores de 82 años, el 24% estaba mal nutrido y el 60% estaba en riesgo de desnutrición ambas puntuaciones por el MNA, por lo tanto, la desnutrición se relaciona directamente con la presencia de disfagia. (13)

1.3. OBJETIVOS:

OBJETIVO PRINCIPAL:

Detectar disfagia en pacientes con Enfermedad de Parkinson a fin de mejorar la calidad de vida.

OBJETIVOS SECUNDARIOS:

- ❖ Evaluar las Actividades Básicas de la Vida Diaria de los pacientes con disfagia.
- ❖ Proporcionar información a los pacientes, familiares, centros sanitarios o de mayores sobre la enfermedad y la nutrición.
- ❖ Mejorar y aconsejar sobre la nutrición de las personas con disfagia orofaríngea.

2. METODOLOGÍA:

DISEÑO:

Se ha escogido un diseño descriptivo-observacional.

MUESTRA:

Se ha tomado una muestra de 55 pacientes con EP, que acuden a rehabilitación física y logopedia en APARVAL sito en Calle de la Aguilera, 47011 Valladolid, para detectar cuales de ellos presentan síntomas de disfagia y como afectas en sus ABVD.

DURACIÓN:

El proyecto de investigación se ha llevado a cabo desde los meses marzo a mayo de 2017, mediante encuestas que fueron distribuidas a los pacientes que acudían a la asociación los días 3 y 4 de abril siendo recogidas hasta el 21 de abril de 2017.

MATERIAL E INSTRUMENTOS:

A través de la logopeda del centro APARVAL, se envió un correo electrónico con todo lo propuesto y esta persona habló con la directiva del centro dando así su visto bueno a este proyecto, indicando que se necesitaría un consentimiento informado individualizado para cada miembro de objeto de la investigación

Posteriormente, se explicó a los pacientes con EP que allí se encontraban el objetivo del estudio que era la detección de la disfagia en los pacientes con Parkinson y como afecta en su ABVD. También se explicó que se trataban de dos encuestas las cuales tenían que ser rellenadas en su totalidad y que fueran totalmente honestos con las respuestas, también debían de especificar su edad para saber dónde hay mayor incidencia.

Para ello se realizó y se entregó un consentimiento informado individualizado creado por la estudiante de Grado de Enfermería para la realización de las encuestas (Anexo I), así como las dos encuestas, una de ellas el Índice de Barthel que se encuentra en la Cartera de Servicios (Anexo II) y el EAT-10 (Anexo III) que se trata de una encuesta donde se detecta si hay disfagia o no debido a la puntuación obtenida.

APARVAL utiliza el MECV-V, en esta valoración el paciente se encuentra en sedestación y con monitorización continua de la SatO2 mediante pulsioxímetro. Se van administrando bolos de 5,10 y 15 ml con viscosidades distintas (néctar, Pudín y agua que sería la líquida),

se comienza por la viscosidad néctar a volumen bajo, para así ir aumentando progresivamente. Cuando el paciente traga se mira la SatO2 y se manda hablar al paciente, también se mide la eficacia viendo el correcto sello labial; en el caso de que exista signos de alteración de la seguridad (tos, descenso de la SatO2 mayor al 5% y cambio del tono de voz) y de la eficacia (sello labial insuficiente, residuos orales o faríngeos y deglución fraccionada). Cuando se encuentra algún signo que compromete la seguridad del paciente, no se pasa a un mayor volumen ni a una viscosidad inferior. Se concluye que el paciente tiene disfagia cuando existe alguna alteración anterior.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

Se ha realizado un análisis descriptivo-comparativo, presentando los resultados en forma de porcentajes, utilizando el programa Excel 2016 ya que son tablas validadas.

CONSIDERACIONES ÉTICAS:

Para la realización de este proyecto de investigación me puse en contacto con la Asociación en concreto con la logopeda de dicho centro, escribiendo un mail con todas las ideas incluidas en este proyecto y la pertinente autorización para realizar las encuestas. Tras una previa reunión de la Junta Directiva de dicho centro se me autoriza por mail y verbal, que es necesario incluir un consentimiento informado individualizado (Anexo I). De esta manera se consigue la aprobación del proyecto de investigación.

3. RESULTADOS:

De APARVAL se ha obtenido una muestra de 49 pacientes, representando un 89,09% el porcentaje total de participación con relación a la muestra inicial (n=55).

En la (Figura 2), se representan los porcentajes de participación en relación con hombres y mujeres (n=49).



FIGURA 2. Distribución de participación

Como se puede apreciar hay una mayor participación de hombres representando un 71,43% (n=35) con respecto al 28,57% (n=14) de participación en mujeres. (Tabla 2)

Tabla 2: Distribución de participación

	Frecuencia (n=49)	Porcentaje
Hombres	35	71,43%
Mujeres	14	28,57%

El rango de edad de la muestra total, comprende desde los 50 años hasta mayores de 80 años (n=49).

Con las respuestas obtenidas de los participantes del test EAT-10 (Anexo III), los incluidos en el estudio son aquellos que han obtenido como puntuación mayor o igual a 3 ya que pueden presentar problemas para tragar de forma eficaz y segura. Aquellos

participantes que no hayan obtenido dicha puntuación quedarán automáticamente excluidos del estudio ya que no tienen dificultades deglutorias.

Los pacientes que no presentan disfagia orofaríngea el 42,86% son hombres y el 16,33% (n=49) se representa por mujeres, ambos sexos su mayor incidencia se encuentra entre los 69-80 años de edad con un 34,69 % de la muestra, la edad comprendida entre 50-69 años representa un 12,24% y los mayores de 80 años con un 10,20% (n=49). Por lo tanto, estos pacientes quedan excluidos del estudio. (Figura 3 y 4)

Aquellos pacientes que presentan disfagia orofaríngea y quedan incluidos en el estudio están representados en un 28,57% por hombres y un 12,24% está presente en mujeres (n=49). La edad en la que se hace más visible el síntoma de disfagia es igual que el rango de edad anterior entre 69-80 años con una representación del 24,49%, la edad entre 50-69 años con un 6,12% y los mayores de 80 años con un 10,20% (n=49). (Figura 3 y 4)



FIGURA 3: Pacientes sin disfagia y con disfagia por sexo

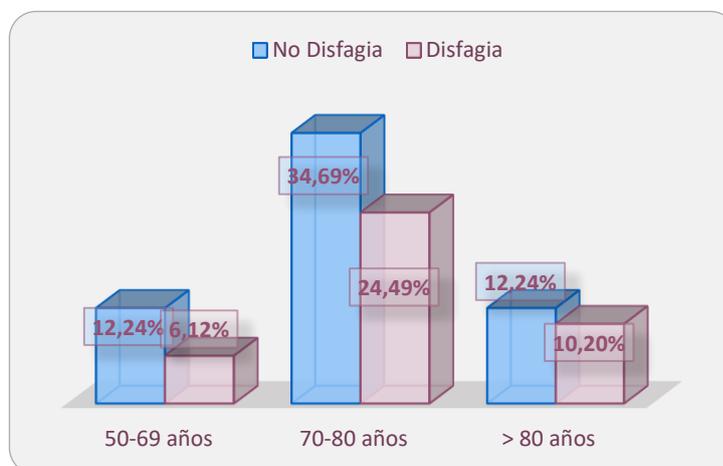


FIGURA 4: Pacientes con y sin disfagia por rango de edad

Tabla 3: Pacientes con y sin disfagia por edades

	No Disfagia (n=49)	Porcentaje	Disfagia (n=49)	Porcentaje
Sexo				
Hombres	21	42,86%	14	28,57%
Mujeres	8	16,33%	6	12,24%
Edad				
50-69 años	6	12,24%	3	6,12%
70-80 años	17	34,69%	12	24,49%
> 80 años	6	12,34%	5	10,20%

La muestra de pacientes con disfagia que obtenemos es de 20 pacientes con EP que tienen disfagia, se analizan las preguntas más alarmantes del EAT-10, ya que suponen una deglución ineficaz y con falta de seguridad.

Mi problema para tragar me ha llevado a perder peso

Ante esta pregunta del cuestionario se aprecia una notable respuesta positiva ya que representa un 65% de las encuestas realizadas del total de la muestra (n=20), es por ello que se tiene hacer especial vigilancia de los pacientes con disfagia, ya que una buena dieta previene la desnutrición.

Cuando trago, la comida se pega a mi garganta

De los 20 pacientes con EP y que tienen disfagia han expresado que un 45% de la muestra total (n=20) han experimentado dicha sensación. Cocinar los alimentos adecuadamente previene esta sensación de angustia ante posibles atragantamientos.

Toso cuando como

Es la segunda pregunta con más respuestas positivas, representando un 60% de los encuestados con disfagia (n=20) tosen cuando comen, los familiares de los enfermos no son conscientes de que puede ser muy grave. Es la causa más común de

broncoaspiraciones o neumonías por aspiración, ya que la mayoría de los casos acaba con el ingreso del paciente siendo riesgo debido a la edad avanzada. Es aquí donde las texturas juegan un papel importante en la nutrición del paciente con disfagia.

Tragar es estresante

Del total de encuestados (n=20) un 50% de los pacientes con disfagia les estresa el tragar, ya que supone un esfuerzo extra en el momento de ingerir alimento tanto líquido como sólido. Por lo tanto, para la mayoría de ellos la alimentación se convierte en un esfuerzo extra día a día y en algunos casos se niegan a comer, contribuyendo a una pérdida de peso y a la desnutrición.

De los pacientes que sufren disfagia (n=20) un 70% son representados por hombres y un 30% son mujeres, los rangos de edad de los encuestados con disfagia (n=20) en ambos sexos el mayor porcentaje lo encontramos entre los 70-80 años con un 35% en hombres y un 20% en mujeres, en edades comprendidas entre los 50-69 años se representa un 15% en hombres, ya que las mujeres solamente representan un 5% y los mayores de 80 años los hombres representan un 15% frente al 10% de las mujeres.

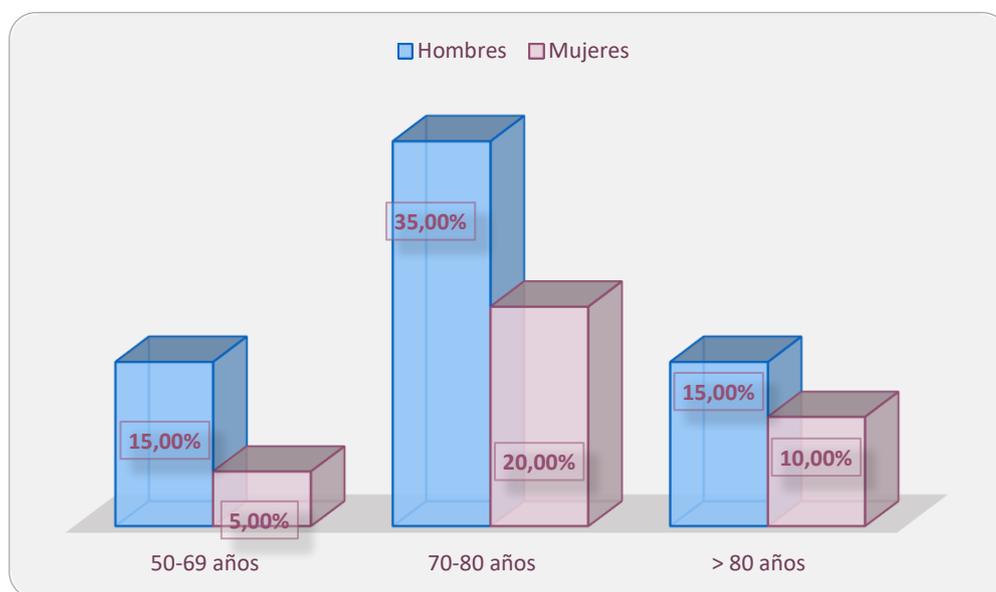


FIGURA 6: Pacientes con disfagia por edades

Se realiza el Índice de Barthel para ver la afectación que tienen en sus ABVD, debida a la enfermedad que presentan.

Los resultados que se obtienen son:

- ABVD Ligera con una representación del 10% en hombres y en mujeres no se ha obtenido ningún resultado.
- ABVD Moderada con una representación el 30% en hombres y en mujeres un 25%, siendo la de mayor influencia.
- ABVD Grave con una representación del 10% en hombres y en mujeres un 5%.
- ABVD Severa con una representación del 10% en hombres y en mujeres un 10%.

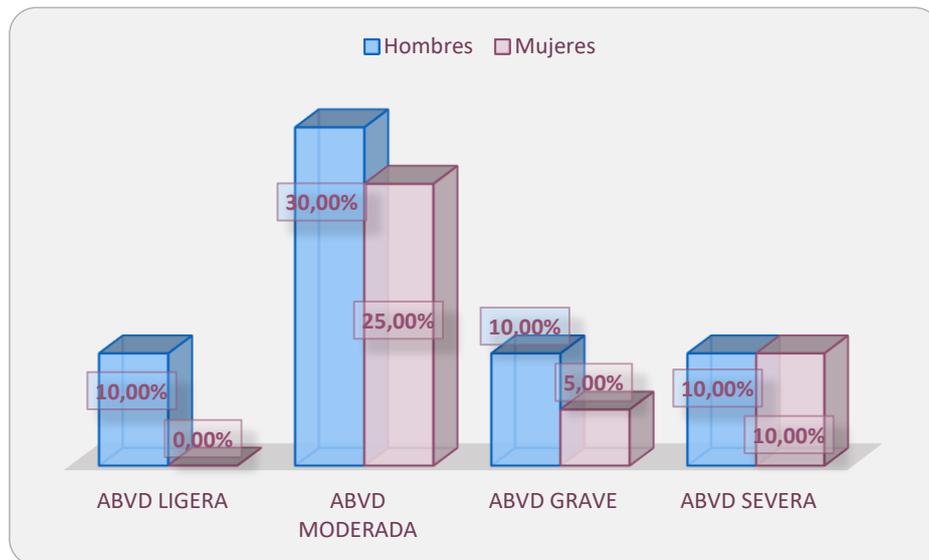


FIGURA 7: ABVD en pacientes con disfagia

Tabla 4: Pacientes con disfagia

	Hombres (n=20)	Porcentaje	Mujeres (n=20)	Porcentaje
Edad				
50-69 años	3	15,00%	1	35,00%
70-80 años	7	5,00%	4	20,00%
> 80 años	3	15,00%	2	10,00%
ABVD				
Ligera	2	10,00%	-	-
Moderada	6	30,00%	5	25,00%
Grave	2	10,00%	1	5,00%
Severa	2	10,00%	2	10,00%

4. DISCUSIÓN:

Los resultados obtenidos muestran que un alto porcentaje de los pacientes con EP sufren en mayor o menor medida los síntomas de disfagia orofaríngea detectado con la encuesta EAT-10 que miden la eficacia y la seguridad de la deglución, resultó ser un instrumento válido y fiable para evaluar la disfagia en pacientes parkinsonianos.

Cada una de las preguntas que se desarrollan en la encuesta están sesgadas por género y edad, ya que se quería distinguir el sexo y el grado de afectación por índice de edad, para saber en qué rango de edad se detectan estos síntomas y si la EP afecta más a hombres que a mujeres.

Desde el punto de vista de este trabajo de investigación se han obtenido datos sobre la falta de conocimiento que tenían los familiares, cuidadores y los propios pacientes de que padecen disfagia, algunos de ellos tienen riesgo de padecer disfagia ya que se encuentran en el límite de puntuaciones el EAT-10, estos pacientes tendrán que ser reevaluados posteriormente para detectar la disfagia lo más precoz posible. Los pacientes que están al límite de padecer disfagia con una buena rehabilitación con logopedia se pueden reforzar los músculos causantes de la disfagia y así mejorar su calidad de vida sin necesidad de utilizar espesante, ya que algunos familiares afirman que desde que están en tratamiento con logopedia han recuperado peso debido a la mejora de la deglución eficaz y segura.

Este trabajo ha servido para profundizar sobre un tema desconocido, ya que no hay muchos estudios sobre la disfagia orofaríngea y tampoco profesionales sanitarios que se dediquen a detectarlo, aunque actualmente se está trabajando en ello con la Unidad de disfagia que hay en el Hospital Rio Hortega Valladolid hay que seguir luchando para que se implante en todos los centros sanitarios y de mayores, ya que son muchos los pacientes neurológicos.

Estudiando sobre este tema mucho de los ingresos que se producen en las unidades hospitalarias por neumonías por aspiración no se producirían, contribuyendo a una mejora de la salud.

Es un tema importante para el desarrollo actual de la profesión sanitaria, con el fin de incluir la detección de la disfagia orofaríngea a todos los pacientes neurológicos, ya que es un deber de la enfermera en la práctica diaria velar por la seguridad del paciente. Así como la adaptación de la dieta disfágica en los hospitales y centros de mayores.

La mayoría de los familiares de los encuestados han señalado en los cuestionarios que les gustaría recibir más información acerca de la disfagia orofaríngea ya que es un síntoma poco conocido que suscita miedo y desconocimiento en el momento de la alimentación.

En cuanto a las limitaciones de este trabajo de fin de grado cabe destacar:

- **El tiempo:** me hubiese gustado contar con más tiempo para poder haber conseguido un número mayor de participantes, ampliando el estudio a la Unidad de Disfagia en el Hospital Río Hortega de Valladolid y en Centros de Salud y así haber podido profundar más en el tema de la disfagia orofaríngea.
- **Escasa información sobre el tema:** actualmente existen pocos estudios sobre la disfagia orofaríngea en los pacientes enfermos de Parkinson, lo que dificultado el proceso en el conseguir información y poder comparar los resultados.
- **Trámites administrativos:** para conseguir la aprobación de la realización de las encuestas por parte de la Junta Directiva de APARVAL llevó un largo proceso, que retrasó el proyecto.
- **La muestra:** no ha sido fácil conseguir una muestra de 49 pacientes con EP, ya que la mayoría debido a la edad que presentar no entendían bien el proyecto, lo que supuso tener que ir varios días para explicar y animar a participar en la encuesta. Muchos de ellos no quisieron rellenar la encuesta porque no querían que se supiera que están enfermos, por lo tanto, ha sido imposible conseguir el 100% de la muestra (n=55).

5. CONCLUSIONES:

Dado el escaso número de estudios de la disfagia orofaríngea en los enfermos de Parkinson, se ha llevado a cabo este estudio con el fin de evaluar el porcentaje de ellos que sufren esta sintomatología. Después de valorar los resultados obtenidos en las encuestas distribuidas entre los asistentes de APARVAL, se ha comprobado que se han detectado el mismo número de pacientes con disfagia con diferentes encuestas, APARVAL con el MEC-V y yo con el EAT-10.

Cabe destacar las siguientes conclusiones:

- Los EP con disfagia predomina en la población anciana, es por ello que existe una relación entre la edad avanzada y los problemas con la deglución segura y eficaz.
- Aquellos que poseen disfagia se ven afectados en sus ABVD donde necesitan de ayuda para su día a día de manera moderada, las dos actividades que más destacan son la alimentación y la movilidad; siendo mayor en varones que en mujeres.
- La causa principal que el paciente tiene cuando padece disfagia es la pérdida de peso debida a una mala nutrición y su dificultad para una deglución segura; la segunda causa es toser cuando comen que puede complicarse con una broncoaspiración o atragantamiento.
- Se aprecia una falta de información de cuidadores y familiares para ello se ha realizado un tríptico informativo (Anexo IV) para mejorar y aconsejar sobre la nutrición del anciano con disfagia; válido para sector sanitario, centros de mayores, familiares y cuidadores principales sobre la disfagia orofaríngea de toda Castilla y León.

Con este estudio se ha observado que faltan consejos y habilidades para abordar correctamente a este tipo de pacientes, es por ello que quedan abiertas nuevas líneas para la investigación de la disfagia en los pacientes parkinsonianos.

6. BIBLIOGRAFÍA:

1. Federación Española de Parkinson. [Internet]. Publicado el 8 de abril de 2016. [consultado el 31 de enero de 2017]. Disponible en: <http://www.fedesparkinson.org/index.php?r=site/news&idCat=20&idm=63>
2. Dra. De la Casa Fages Beatriz. Guía Parkinson. [Internet]. [consultado el 19 de enero de 2017]. Disponible en: http://parkinsoncantabria.com/documentos/guia_parkinson.pdf
3. Castiñeira Pérez Carmen, Costa Ribas Carmen. Guía clínica sobre la enfermedad de Parkinson [Internet]. Revisado el 04 de abril de 2014. [consultado el 23 de enero de 2017]. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/enfermedad-parkinson/>
4. Jornada Técnica: Cuidados a la Disfagia. [Internet] Publicado el 27 de enero 2017. [consultado el 27 de enero de 2017]. Disponible en: http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-el-instituto/fd-comunicacion/fd-noticias/pdf_noticias/pdf_2017/27-01-2017DISFAGIA.pdf
5. Organización mundial de gastroenterología. Disfagia guías y cascadas mundiales. [Internet] Revisado en septiembre de 2014. [consultado el 31 de enero de 2017]. Disponible en: <http://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/dysphagia-spanish-2014.pdf>
6. A. Bayés-Rusiñol, M.J. Forjaz, A. Ayala, M.C. Crespo, A. Prats, E. Valles, C. Petit, M. Casanovas, M. Garolera. Revista de Neurología. [Internet] Publicación el 01 de diciembre de 2011. [Consultado 03 de abril de 2017] Disponible en: <http://www.neurologia.com/articulo/2011126>
7. Guillén Vera, Tomás. Asociación APARVAL. [Internet]. Revisado en 2014-2016. [Consultado el 16 de abril de 2017]. Disponible en: <http://aparval.es/el-parkinson/>

8. Office of Communications and Public Liaison, National Institute of Neurological Disorders and Stroke, National Institutes of Health. Bethesda, Maryland 20892. [Internet] Revisado el 20 de diciembre de 2016. [Consultado el 16 de abril de 2017]. Disponible en: https://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/parkinson_disease_spanish.htm#enfermedad
9. Egea Valenzuela, J. Servicio de Medicina del Aparato Digestivo. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. El Palmar. Murcia. España. [Internet]. Publicado en enero de 2012, páginas 47-51. Protocolo diagnóstico de la disfagia. [Consultado el 06 de abril de 2017]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541212702585>
10. González V., Rafael y Bervilacqua Jorge A. Departamento de Neurología y Neurocirugía del Hospital Clínico Universitario de Chile. [Consultado el 03 de abril de 2017]. [Internet]. Disponible en: <https://www.redclinica.cl/Portals/0/Users/014/14/14/Publicaciones/Revista/difsgia.pdf>
11. Ruiz de León A. y Clavé P. Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. Unidad de Exploraciones Funcionales Digestivas. Hospital de Mataró. Barcelona. [Consultado el 21 de abril de 2017]. Revista Española de Enfermedades Digestivas. Publicado en Rev. Esp. Enferm. Dig. Vol 99 no.1 Madrid ene. 2007. [Internet] Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/diges/v99n1/editorial.pdf>
12. Cigarrán Sexto, H., Pérez López F., Rubio Solís D. y Barroso Rodilla, J.M. Congreso SERAM 2014. Videofluoroscopia de la deglución: técnica. [Consultado el 21 de abril de 2017]. [Internet]. Disponible en: http://posterng.netkey.at/esr/viewing/index.php?module=viewing_poster&task=viewsection&pi=123494&ti=411979&si=1419&searchkey=&scrollpos=264
13. Clavé Civit, Dr. Pere y García Peris, Dra. Pilar. Guía de Diagnóstico y de tratamiento nutricional y rehabilitador de la disfagia orofaríngea. 2º Edición

- octubre 2013. [Internet] [Consultado el 22 de abril de 2017]. Disponible en: http://www.coreadehcyl.org/descargas/Guia_Diagnostico_tratamiento_nutricion_al_Disfagia_Orofaringea.pdf
14. Malagelada, Juan, Bazzoli, Franco, Boeekxstaens Guy, De Looze, Danny, Friend, Michael, Kahrilas Peter, Lindberg, Greger, Malfertheiner, Peter, Salis, Graciela, Sharma, Prateek, Sifrim, Daniel, Vakil Nimish y LeMair, Anton. Equipo de Revisión. Guías Mundiales de la Organización Mundial de Gastroenterología. Actualizado en septiembre de 2014. [Consultado el 22 de abril de 2017]. [Internet]. Disponible en: <http://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/dysphagia-spanish-2014.pdf>
15. Velasco, M^a Mercedes, Arreola, Viridiana, Clavé, Pere y Puignós, Carolina. Unidad de Disfagia, Hospital Universitario de Vall d'Hebron, Servicio de Rehabilitación y Soporte Nutricional, Barcelona y Unidad de Exploraciones Funcionales Digestivas, Servicio de Cirugía, Hospital de Mataró, Barcelona. Publicado en noviembre de 2007. [Consultado el 01 de mayo de 2017]. [Internet]. Disponible en: <https://xsemanageriatrica.files.wordpress.com/2012/09/revisio3b3n-disfagia.pdf>
16. Barroso, Julia. Servicio de Medicina Interna, Hospital Txagorritxu, Vitoria-Gasteiz, Álava-Araba, España. Disfagia orofaríngea y broncoaspiración. Revista Española de Geriatria y Gerontología. Publicación 13 de noviembre de 2009. [Consultado el 01 de mayo de 2017]. [Internet]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-disfagia-orofaringea-broncoaspiracion-S0211139X09002170>
17. Jiménez Rojas, Concepción, Corregidor Sánchez, Ana Isabel y Gutiérrez Bezon, Carmen. Disfagia. [Consultado el 01 de mayo de 2017]. [Internet]. Disponible en: https://www.segg.es/download.asp?file=/tratadogeriatría/PDF/S35-05%2053_III.pdf.

ANEXOS

Anexo I.....	26
Anexo II.....	27
Anexo III.....	28
Anexo IV.....	29

Anexo I: Consentimiento informado

UNIVERSIDAD DE VALLADOLID
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CONSENTIMIENTO INFORMADO



Universidad de Valladolid

Fecha: _____

Yo

_____ con DNI_____ certifico que he sido informado/a con claridad y veracidad respecto al ejercicio académico que el estudiante_____ me ha invitado a participar; que actúo consecuente, libre y voluntariamente como colaborador, contribuyendo a éste procedimiento de forma activa. Soy conocedor/a de la autonomía suficiente que poseo para retirarme u oponerme al ejercicio académico, cuando lo estime conveniente y sin necesidad de justificación alguna.

Que se respetara la buena fe, la confiabilidad e intimidad de la información por mi suministrada, lo mismo que mi seguridad física y psicológica.

_____ Estudiante de Enfermería

DNI_____

Paciente

DNI_____

Anexo II: Índice de Barthel

Hombre

Mujer

Edad: _____

BAÑO	5. Independiente 0. Dependiente	Se lava completo en ducha o baño. Entra y sale del baño sin una persona presente
VESTIDO	10. Independiente 5. Ayuda 0. Dependiente	Se viste, se desnuda y se ajusta la ropa. Se ata los zapatos. Necesita ayuda, pero al menos, la mitad de las tareas las realiza en un tiempo razonable.
ASEO PERSONAL	5. Independiente 0. Dependiente	Se lava la cara, manos y dientes. Se afeita
USO DEL RETRETE	10. Independiente 5. Ayuda 0. Dependiente	Usa el retrete o cuña. Se sienta, se levanta, se limpia y se pone la ropa solo. Necesita ayuda para mantener el equilibrio, limpiarse o ponerse y quitarse la ropa.
USO DE ESCALERAS	10. Independiente 5. Ayuda 0. Dependiente	Sube o baja escaleras sin supervisión, aunque use la barandilla o batones. Necesita ayuda física o supervisión para subir o bajar escaleras.
TRASLADO SILLÓN-CAMA	15. Independiente 10. Mínima ayuda 5. Gran Ayuda 0. Dependiente	No necesita ayuda. Si usa silla de ruedas, lo hace independientemente. Necesita una mínima ayuda o supervisión. Es capaz de sentarse, pero necesita mucha asistencia para el traslado.
DEAMBULACIÓN	15. Independiente 10. Ayuda 5. Independiente en silla de ruedas 0. Dependiente	Camina al menos 50 metros solo o con ayuda de bastón o andador. Puede caminar al menos 50 metros, pero necesita ayuda o supervisión. Propulsa su silla de ruedas al menos 50 metros.
MICCIÓN (se evalúa la semana anterior)	10. Continente 5. Incontinente ocasional 0. Incontinente	No presenta episodios de incontinencia. Si necesita sonda o colector, se cuida solo. Episodios ocasionales con una frecuencia <1 vez. Episodios de incontinencia con frecuencia \geq 1 vez día.
DEPOSICIÓN (se evalúa la semana anterior)	10. Continente 5. Incontinente ocasional 0. Incontinente	No presenta episodios de incontinencia. SI usa enemas o supositorios, se arregla solo. Episodios ocasionales 1 vez/semana. Necesita ayuda para usar enemas o supositorios.
ALIMENTACIÓN	10. Independiente 5. Ayuda 0. Dependiente	Capaz de usar cualquier instrumento. Come en un tiempo razonable. Necesita ayuda para cortar, extender la mantequilla

Fuente: Cartera de Servicios de Castilla y León

PUNTUACION TOTAL:

La incapacidad funcional se valora como:

- Severa < 45 puntos
- Grave 45-59 puntos
- Moderada 60-80 puntos
- Ligera > 80 puntos

Anexo III: EAT-10



EAT-10: Eating Assessment Tool Despistaje de la Disfagia

		FECHA	
APELLIDOS	NOMBRE	SEXO	EDAD

OBJETIVO

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

A. INSTRUCCIONES

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

<p>1 Mi problema para tragar me ha llevado a perder peso</p> <p>0 = ningún problema 1 2 3 4 = es un problema serio</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>	<p>6 Tragar es doloroso</p> <p>0 = ningún problema 1 2 3 4 = es un problema serio</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>
<p>2 Mi problema para tragar interfiere con mi capacidad para comer fuera de casa</p> <p>0 = ningún problema 1 2 3 4 = es un problema serio</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>	<p>7 El placer de comer se ve afectado por mi problema para tragar</p> <p>0 = ningún problema 1 2 3 4 = es un problema serio</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>
<p>3 Tragar líquidos me supone un esfuerzo extra</p> <p>0 = ningún problema 1 2 3 4 = es un problema serio</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>	<p>8 Cuando trago, la comida se pega en mi garganta</p> <p>0 = ningún problema 1 2 3 4 = es un problema serio</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>
<p>4 Tragar sólidos me supone un esfuerzo extra</p> <p>0 = ningún problema 1 2 3 4 = es un problema serio</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>	<p>9 Toso cuando como</p> <p>0 = ningún problema 1 2 3 4 = es un problema serio</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>
<p>5 Tragar pastillas me supone un esfuerzo extra</p> <p>0 = ningún problema 1 2 3 4 = es un problema serio</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>	<p>10 Tragar es estresante</p> <p>0 = ningún problema 1 2 3 4 = es un problema serio</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>

A. PUNTUACIÓN

Suma el número de puntos y escriba la puntuación total en los recuadros.
Puntuación total (máximo 40 puntos)

C. QUÉ HACER AHORA

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

Referencia: Delahy et al. Validity and Reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10). *Annals of Otolaryngology & Laryngology*, 2008; 117 (12):219-24.
Burgos R, et al. Traducción y validación de la versión en español de la escala EAT-10 para despistaje de la disfagia. Congreso Nacional SENP, 2011.

¿Qué alimentos tengo que dar a un paciente con disfagia?

Alimentos	Permitidos	Prohibidos
Cereales 	Papillas de cereales, crema de arroz	Pan tostado, pan de barra y pan de molde. Cereales de desayuno. Pasta: fideo, macarrones Arroz
Legumbres 	Forma crema y purés	Ninguna se permite en su forma original, pero si en forma en permitidos
Lácteos 	Yogures sin trozos de fruta Natillas Flanes Queso de burgos	Los no incluidos en permitidos
Bebidas 	Con espesante con consistencia néctar, miel o pudin	Las no incluidas en permitidos
Otros		Helados

Como hacer la dieta más atractiva: Nuevas texturas

Textura gel:

Gelificaciones seguras y estables que no licuan en la boca.

Se le puede dar el grado de firmeza que desee según el grado de disfagia

Textura espuma:

A través de un espesante especial, textura similar al de una mousse.

Aplicación con sifón de crema o batidora de varillas.

Textura aire:

Al ingerirla, desaparece. Precisa de un aparato que facilite la texturización de los alimentos.

Textura viscosa:

Resistente a la amilasa (no licúa en la boca).

Se puede utilizar caliente.



DISFAGIA
OROFARÍNGEA

Alexandra Rodríguez Alonso

Facultad de Enfermería de Valladolid



¿Qué es la disfagia?

Es la dificultad o el impedimento al avance normal del bolo alimenticio desde la cavidad oral hasta el estómago.

ALTERACIÓN DEGLUCIÓN PACIENTE PARKINSON CON DISFAGIA
Reducido cierre labial.
Movimiento repetitivo del bolo de anterior a posterior.
Retardo en el inicio del reflejo faríngeo de 2-3 segundos.
Contracción faríngea reducida.
Elevación y cierre laríngeo reducido

Complicaciones de la disfagia orofaríngea

- Desnutrición y deshidratación
- Pérdida de la seguridad de la deglución: obstrucción de la vía aérea, aspiración traqueobronquial
- Dependencia, aislamiento social.

Signos de sospecha de disfagia

- Tos o atragantamiento al comer
- Cambios en la voz
- Deglución fraccionada
- Residuos en la boca post-deglución
- Carraspeo
- Pérdida de peso progresivo.
- Infecciones respiratorias de repetición

Postura correcta

Para tener una deglución segura y eficaz se deben seguir las siguientes recomendaciones:

- Comer y beber bien sentado. Los pies apoyados y el tronco debe mantenerse recto.
- Nunca tragar con la cabeza hacia atrás. Flexionar ligeramente la cabeza hacia delante.
- Paciente encamado, inclinación de la cabecera de la cama entre 60-80° y la cabeza ligeramente inclinada hacia adelante.



¿Qué alimentos tengo que dar a un paciente con disfagia?

Alimentos	Permitidos	Prohibidos
Huevos 	Tortilla, revuelto, frito Cocido relleno con atún, jamon york troceado	Yema de huevo cocida
Carnes 	Carne picada Hamburguesas Albóndigas Pastel de carne Lacón	Carnes rojas Pollo, pavo Conejo
Pescados 	Sin espinas, preferible cocido acompañadas de salsas tipo mahonesa	Con espinas, pieles o pescados secos
Verduras 	Cocidas, tomate crudo sin piel, patata cocida, frita aplastada Purés o cremas	Maíz, guisante, judías verdes, apio, puerro, espárrago, alcachofa
Frutas 	Cocidas, asadas o en almíbar	Plátano, uva, naranja, kiwi, fresa