



Universidad de Valladolid



FACULTAD
DE MEDICINA

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Grado en Logopedia

Curso 2018-2019

PREVALENCIA DE LA DISFAGIA EN LA POBLACIÓN DE UN CENTRO GERIÁTRICO

PREVALENCE OF DYSPHAGIA IN THE POPULATION OF A
GERIATRIC CENTER



Autora: Alicia Calvo Gobernado

Tutora: Patricia Murciego Rubio

Valladolid, 14 de Junio de 2019.

ÍNDICE

1. RESUMEN	Página 2
2. INTRODUCCIÓN	Página 3
3. MARCO TEÓRICO	Página 4
A) Deglución normal. Fases de la deglución	Página 4
B) Disfagia	Página 5
4. OBJETIVOS	Página 11
5. SUJETOS Y MÉTODOS	Página 12
6. RESULTADOS	Página 16
7. DISCUSIÓN	Página 19
8. CONCLUSIONES	Página 23
9. BIBLIOGRAFÍA	Página 26
10. ANEXOS	Página 30

1. RESUMEN

Prevalencia de la disfagia en la población de un centro geriátrico

Introducción: la disfagia en el anciano es un síntoma, aunque frecuente, aún desconocido.

Objetivo: evaluar la prevalencia de la disfagia en la población de un centro geriátrico de Valladolid, reivindicando con ello la figura del logopeda.

Material y métodos: se han evaluado 73 pacientes de un centro geriátrico de Valladolid, utilizando el cuestionario EAT-10.

Resultados: la prevalencia de la disfagia se estima en el 30,1% de los casos, de ellos un 4,5% presenta diagnóstico previo y Enfermedad de Parkinson. Un 63,6% de los sujetos del estudio siguen dieta normal, y el 18,2% señala problemas con las prótesis dentales.

Conclusiones: es necesario conocer la prevalencia de la disfagia en los centros geriátricos para justificar la presencia del logopeda como profesional de referencia en su intervención, y siendo este quien lleve a cabo una detección precoz que evite futuras complicaciones.

PALABRAS CLAVE: disfagia, anciano, centro geriátrico, prevalencia, logopeda.

Prevalence of dysphagia in the population of a geriatric center

Introduction: *dysphagia in the elderly is a symptom, although frequent, still unknown.*

Objective: *to evaluate the prevalence of dysphagia in the population of a geriatric center in Valladolid, claiming the figure of the speech therapist.*

Material and methods: *73 patients from a geriatric center in Valladolid were evaluated, using the EAT-10 questionnaire.*

Results: *the prevalence of dysphagia is estimated in 30.1% of the cases, of which 4.5% present a previous diagnosis and Parkinson's disease. 63.6% of the study subjects followed a normal diet, and 18.2% reported problems with dental prostheses.*

Conclusions: *it is necessary to know the prevalence of dysphagia in geriatric centers to justify the presence of the speech therapist as a reference professional in his intervention, and this being who carries out an early detection to avoid future complications.*

KEY WORDS: *dysphagia, elderly, geriatric center, prevalence, speech therapist.*

2. INTRODUCCIÓN

La deglución es una actividad compleja que requiere de la integridad y la coordinación sensoriomotriz de múltiples estructuras anatómicas, musculares, del sistema nervioso central y periférico ¹. En el anciano la deglución normal puede verse alterada en el contexto de una enfermedad neurológica, neurodegenerativa o como consecuencia directa de la fragilidad y el envejecimiento propios de la edad; en este sentido, las transformaciones en la deglución relacionadas con el envejecimiento en ausencia de enfermedad son denominadas presbifagia ¹.

Una de las complicaciones más frecuentes y graves de la disfagia en el anciano son las infecciones respiratorias, siendo un porcentaje no insignificante de origen aspirativo. Se estima que la mitad de las aspiraciones provocan neumonías, las cuales establecen una frecuencia de mortalidad en torno al 50% ². Es por ello por lo que la evaluación y abordaje oportuno de los ancianos con dificultades deglutorias, permite según Silveira Guijarro, L.J. y cols. (2011) ², conseguir una importante reducción de morbimortalidad mejorando la evolución, tanto a corto plazo en forma de disminución del número de infecciones nosocomiales y complicaciones respiratorias, como a medio y largo plazo detectando trastornos de desnutrición o deshidratación secundarios, mejorando la calidad de vida y el estado nutricional ^{2,3}.

Actualmente existe una gran variabilidad en los datos de prevalencia media de la disfagia que se proporcionan en residencias geriátricas (65-75%), esta prevalencia es menor en ancianos hospitalizados por enfermedades agudas (35-55%) y disminuye estimándose entre el 15-25% en ancianos que viven en comunidad ⁴.

En consecuencia, resulta sensato pensar a cerca de la necesidad de seguir investigando al respecto para poder establecer un porcentaje real de prevalencia de la disfagia en los centros geriátricos, concienciando así a los responsables de los mismos a cerca de los beneficios que supone la evaluación y diagnóstico precoz frente a los costes relacionados con las complicaciones derivadas de la disfagia; mejorando con ello la calidad de vida de pacientes y familiares, y creando así equipos multidisciplinares capaces de dar respuesta a las necesidades de estas personas, dentro de los cuales se incluye la figura del logopeda.

3. MARCO TEÓRICO

A) DEGLUCIÓN NORMAL. FASES DE LA DEGLUCIÓN

La deglución es un proceso fisiológico complejo el cual se inicia de forma voluntaria en la cavidad bucal, y se desarrolla de forma involuntaria o refleja gracias al control ejercido por el centro de la deglución, situado en la médula. Durante la deglución la información sensitiva identificada en la boca es transmitida al centro medular de la deglución por los nervios glossofaríngeo y vago, finalmente estas eferencias motoras son dirigidas por el centro medular de la deglución al músculo estriado de la faringe y al tercio superior del esófago ⁵. El control neurológico de las diferentes estructuras implicadas es fundamental para proteger la vía aérea y asegurar la función de alimentación.

El proceso de la deglución se compone de cuatro fases, de las cuales las dos primeras suelen agruparse ⁶. Matsuo, K. y Palmer, J. B. (2009) ⁷ proponen una fase anticipatoria que precede a las cuatro ya conocidas.

Fase anticipatoria

Esta fase implica el reconocimiento cortical de los alimentos antes de ser ingeridos, esto permite una adecuada secreción de saliva (cantidad y calidad) y la organización de los patrones de aprehensión, masticación y control general del contenido oral, de acuerdo con las características individuales incorporadas en la imagen mental de cada alimento ⁸.

Tiempo oral

Fase oral preparatoria

Es una fase voluntaria en la que se procesa el contenido oral mediante la masticación y la humidificación del alimento gracias a las secreciones salivales. Se necesita contar con una óptima actividad muscular lingual y mandibular, que permita un sellado eficiente tanto del esfínter bucal como velar, para contener el alimento en la cavidad oral mientras este es procesado, y una reactividad sensitiva suficiente que facilite la percepción y el control del bolo ⁹.

Fase de transporte

Del mismo modo que la fase oral preparatoria, la fase de transporte es voluntaria. La finalidad de esta segunda fase es desplazar el alimento hacia la entrada faríngea o

istmo de las fauces; para ello la lengua coloca y presiona su ápice sobre el paladar duro, anclándose y formando a la vez una concavidad central que mantiene el contenido oral ya procesado. Tras lo anterior, se inicia un movimiento ondulatorio anteroposterior que desplaza el contenido oral desde la cavidad oral propiamente tal hasta la entrada faríngea ⁸.

Tiempo faríngeo

Se conoce como «automático - refleja» ¹⁰ y tiene una duración muy rápida (0.5-0.7 segundos) ^{6,11}. La llegada del bolo a la base de la lengua y la pared posterior de la faringe inicia el segundo tiempo de la deglución ¹². Los mecanorreceptores de la faringe envían señales a nuestro SNC y se activa el reflejo deglutorio, que se caracteriza por el cierre de la laringe, la apertura del esfínter esofágico superior (EES) y la contracción de parte de la musculatura faríngea ¹³. En esta fase la respiración queda interrumpida; se produce una ligera inspiración al principio de la fase bucal y seguidamente hay una apnea completa que persiste hasta el final del tiempo faríngeo ¹². Es un tiempo esencial en el desarrollo de la deglución; la acción de los diferentes músculos que aseguran el franqueo de la encrucijada aerodigestiva ¹¹, evitan la penetración del bolo en la vía aérea y su reflujo hacia la nariz ¹⁴.

Tiempo esofágico

El tiempo esofágico es involuntario o reflejo. Comienza con la entrada del bolo alimenticio al esófago por la apertura del esfínter esofágico superior (EES) y termina cuando el bolo llega al estómago; gracias al peristaltismo esofágico que provoca la distensión y la contracción de la musculatura implicada. A diferencia de las fases precedentes, la acción de la gravedad favorece la transición del bolo a través del esófago. La duración de este último tiempo es muy superior a los dos anteriores, y en él se hace distinción en función de la consistencia del bolo ¹¹; los líquidos llegan al cardias en 2 segundos, mientras que los bolos blandos y bien lubricados tardan unos segundo más ¹² (7-9 segundos).

B) DISFAGIA

Definición

El término «disfagia» no hace referencia a una enfermedad, sino a un síntoma caracterizado por la sensación subjetiva de dificultad o molestia en el traslado del bolo alimenticio, en sus estados sólido y líquido, así como de las secreciones endógenas;

desde la boca hasta el estómago. Puede ser debida a una alteración estructural o funcional a partir de la cual se ven comprometidas una o más fases del proceso deglutorio, afectando a pacientes de todas las edades, desde bebés a ancianos ¹⁵. La gradación de la disfagia se determina atendiendo a criterios de seguridad y eficacia de la alimentación, pudiendo variar desde una afectación leve hasta la necesidad de implantar un método de alimentación artificial alternativo ¹.

Etiología y prevalencia de la disfagia

Desde un punto de vista anatómico según el lugar de la afectación, los trastornos de la deglución pueden clasificarse en dos tipos: disfagia orofaríngea y disfagia esofágica. La disfagia orofaríngea es un síntoma referido a la dificultad en el transporte del bolo desde la boca hasta el esófago, viéndose alterada la secuencia coordinada de procesos que se suceden en las fases oral y faríngea de la deglución; en la disfagia esofágica esta dificultad se localiza en el recorrido que hace el bolo desde el esfínter esofágico superior (EES) hasta el estómago.

La prevalencia de la disfagia orofaríngea es especialmente alta en patologías de origen neurológico, se estima que podemos encontrar disfagia en el 30% de los pacientes que han sufrido accidentes cerebrovasculares (ACV), en el 52 – 82% de los pacientes con Enfermedad de Parkinson, como síntoma inicial en el 60% de los pacientes con diagnóstico de ELA, en el 44% de los que tienen esclerosis múltiple (EM), en el 40% de los diagnosticados de miastenia grave, en el 84% de los que sufren Alzheimer, en el 25 – 42% que han sufrido un TCE ¹⁶ y en el 59% con neoplasias de cuello o cabeza ¹⁷. Los ancianos son otro de los grupos de riesgo de padecer disfagia orofaríngea, afectando a más del 60% de los pacientes institucionalizados ¹⁸, y estando presente en el 7 – 22% de los ancianos sanos.

Síntomas de la disfagia

Algunos de los síntomas acompañantes más frecuentes que refieren los pacientes con disfagia orofaríngea son ^{19,20,21}:

- Dificultad para comenzar a deglutir, deglución fraccionada de un mismo bolo.
- Regurgitación nasal y oral del alimento (incapacidad de mantener el bolo dentro de la boca debido a un sellado labial inadecuado).
- Presencia de residuos orales en la boca una vez terminada la deglución.
- Sospecha de partículas del bolo en la faringe.

- Tos.
- Voz húmeda.
- Hipernasalidad.
- Desaturación de oxígeno (con pulsioximetría).
- Babeo.
- Disminución del reflejo tusígeno.
- Sensación de ahogo (nótese que puede haber penetración laríngea y aspiración sin tos ni ahogo concomitantes).
- Disartria y diplopía (pueden acompañar a patologías neurológicas que provoquen disfagia orofaríngea).
- Neumonías recurrentes.
- Tendencia a evitar ciertas consistencias en los alimentos que se ingieren.
- Cambios de postura.
- Pérdida de peso.
- Duración prolongada de las comidas.

Los trastornos de la deglución pueden provocar ansiedad y miedo, lo que puede llevar a los pacientes a evitar la ingesta oral; provocando así desnutrición, depresión y aislamiento ²⁰.

Clasificación de la disfagia

Atendiendo a la patología o alteración que provoque el trastorno de la deglución, Falduti, A. y Cámpora, H. ¹ establecen una clasificación de los distintos tipos de disfagia y señalan: la *disfagia neurogénica* como aquella que podemos encontrar en pacientes con patologías de origen neurológico, consecuencia de lesiones o disfunciones en el sistema nervioso central (SNC), sistema nervioso periférico (SNP) y de la unión neuromuscular; la *disfagia estructural*, ocasionada por alteraciones que condicionan la progresión adecuada del bolo alimenticio, y que pueden ser consecuencia de enfermedades crónicas, patologías cervicales o estenosis laríngeas; la *disfagia asociada a enfermedades respiratorias* es consecuencia de la alteración de los mecanismos de protección de la vía aérea superior y es característica de enfermedades como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y patologías pulmonares restrictivas; y por último, la *disfagia autoinmune* es un síntoma presente en enfermedades como el Síndrome de Sjögren, asociada a una disminución del flujo

de saliva y sequedad oral que dificulta el inicio del reflejo deglutorio, y la esclerodermia, asociada a alteraciones esofágicas.

Complicaciones

La gravedad de la disfagia puede variar desde una dificultad moderada hasta una imposibilidad total para la deglución ⁴.

La deglución se define atendiendo a criterios de seguridad y eficacia. Entendemos la deglución segura como el proceso por el cual las vías respiratorias permanecen preservadas, en ausencia de penetraciones de bolo alimenticio o secreciones laríngeas y faríngeas que puedan ocasionar atragantamientos, aspiraciones o infecciones respiratorias. La eficacia de la deglución hace referencia a la posibilidad de ingerir los nutrientes y el agua necesarios para cubrir las necesidades nutricionales del individuo y una adecuada hidratación.

En la disfagia estas dos características pueden verse comprometidas, pudiendo ocasionar dos tipos de complicaciones: las derivadas de un insuficiente aporte de nutrientes e hidratación consecuencia de una deglución ineficaz, como la deshidratación, el estreñimiento asociado a esta y la desnutrición; y las derivadas del riesgo que supone que el material alimenticio y las secreciones endógenas alcancen las vías respiratorias y los pulmones, como la insuficiencia respiratoria aguda, las neumonitis por aspiración y la neumonía por aspiración. La aspiración silente es la aspiración que ocurre antes, durante y después de la deglución en ausencia de tos ²². Las aspiraciones orofaríngeas ocasionan frecuentes infecciones respiratorias, y hasta un 50% de los pacientes que aspiran desarrollarán neumonía aspirativa con una alta mortalidad (50%) ⁴. La neumonía por aspiración es la complicación más grave de la disfagia, supone el 5 – 15% de las neumonías adquiridas en la comunidad ²³. Es la principal causa de muerte en los pacientes con enfermedades neurológicas y pacientes frágiles con alteración de la deglución, y la tercera causa de muerte en los mayores de 85 años ²².

Además de las complicaciones asociadas a las alteraciones en la eficacia y seguridad de la deglución, la disfagia tiene un impacto directo sobre la calidad de vida del paciente puesto que en nuestra cultura la ingesta es un acto altamente socializado ¹⁶ y la necesidad de un medio alternativo o artificial de alimentación puede llevar en

ocasiones a la dependencia, al aislamiento social o incluso, en los casos más graves, a la institucionalización.

La identificación precoz de la disfagia es un paso fundamental a la hora de prevenir complicaciones ²⁴.

Valoración y diagnóstico de la disfagia

Para que la evaluación de la disfagia sea completa y recoja con minuciosidad todos los detalles necesarios para elaborar un diagnóstico certero, pudiendo establecer así el tratamiento, debe ser realizada por un equipo multidisciplinar del que debe formar parte idealmente el logopeda ¹⁷, entre otros profesionales.

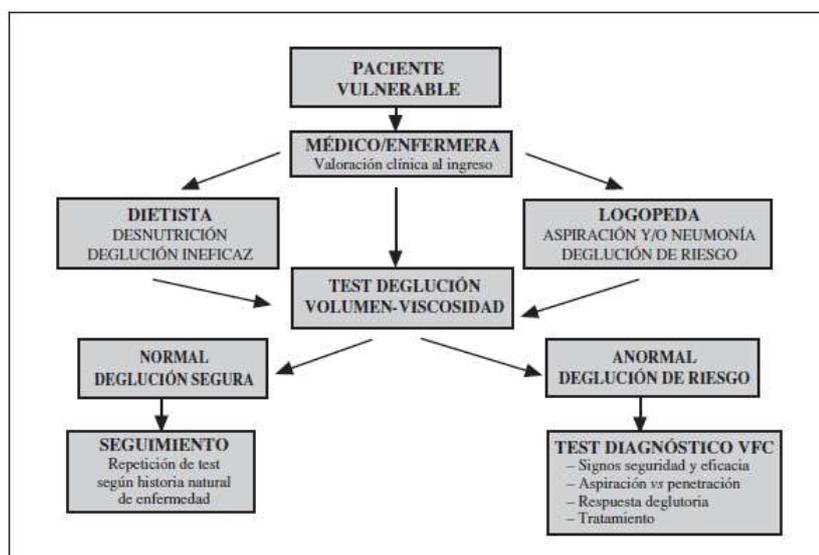


Figura 1. Algoritmo de cribado y diagnóstico de la disfagia. VFC: videofluoroscopia. Modificado por Camarero González, E. de Clavé, P. ²³.

El diagnóstico de la disfagia debe ser clínico e instrumental ²⁵. El método clínico debe incluir la historia clínica específica del paciente y una exploración clínica de la deglución ^{18,26}. P. Clavé y su equipo señalan el método de exploración clínica volumen-viscosidad (MECV-V) como herramienta de referencia para el diagnóstico de la disfagia, así como para determinar en qué medida afecta el síntoma a la seguridad y eficacia de la deglución ²⁶. Existen además otros métodos que permiten identificar a la población en riesgo de una alteración deglutoria precozmente, ante la sospecha de disfagia orofaríngea ^{25,27}. El cuestionario *Eating Assessment Tool – 10* (EAT – 10) es una escala de autoevaluación analógica verbal, unidimensional y de puntuación directa para evaluar síntomas específicos de disfagia, cuya fiabilidad y validez ha sido

demostrada en varios idiomas ²⁸. Su administración requiere que el paciente presente un nivel cognitivo conservado para completarlo ²⁷.

La exploración instrumental ayuda a diagnosticar el trastorno funcional y a prescribir el tratamiento dietético o rehabilitador más adecuado ¹⁵. Son numerosas las técnicas disponibles y su elección particular se basa en la disponibilidad de recursos materiales, el conocimiento de las técnicas por parte del equipo que va a llevarlo a cabo o el valor clínico inherente de la técnica de diagnóstico en sí ²¹, entre otras. Distintos estudios demuestran que las más utilizadas actualmente son la vídeo radiología de la deglución o videofluoroscopia (VFS) (Figura 1), la videoendoscopia de la deglución (FEES) y la manometría faringoesofágica ^{13,15,17,18,20,21,25,26}.

4. OBJETIVOS

Actualmente son escasos los estudios publicados acerca de la prevalencia de la disfagia orofaríngea en la población anciana, y los disponibles muestran una gran variabilidad en los datos; por lo que, teniendo en cuenta el creciente envejecimiento de la población española, el riesgo que supone para este colectivo las complicaciones asociadas a la disfagia y la ausente, pero necesaria presencia del logopeda en estos centros, se diseñó la presente investigación.

El objetivo principal del estudio es doble:

- Evaluar la prevalencia de la disfagia orofaríngea en la población residente del centro geriátrico.
- Reivindicar la presencia del logopeda en los centros geriátricos.

Como objetivo secundario, se plantea relacionar la presencia del síntoma con factores tales como la edad, el sexo, la presencia de patología neurológica, demencias, ausencia o deterioro de piezas dentales, y otros factores de riesgo conocidos.

5. SUJETOS Y MÉTODOS

Tipo de diseño y temporalización

Para llevar a cabo esta investigación se realizó un estudio descriptivo, transversal y observacional, en el cual se evaluó a un grupo de pacientes que residen en un centro geriátrico de Valladolid durante el periodo comprendido entre los meses de febrero y abril de 2019.

Criterios de inclusión y de exclusión

Se incluyeron a aquellos pacientes que, independientemente de la edad, tenían la capacidad cognitiva suficiente para poder responder las preguntas del cuestionario de forma autónoma, descartando así la posibilidad de que fueran familiares o auxiliares de enfermería quienes aportasen la información, considerando la subjetividad del cuestionario; y se excluyeron a aquellos pacientes con deterioro cognitivo severo que imposibilitase la comprensión de las preguntas del cuestionario, así como los pacientes que se encontraban en una situación clínica terminal.

Muestra

Siguiendo los criterios de inclusión y de exclusión, y teniendo en cuenta la distribución de residentes por plantas que hace el centro, se seleccionan para la muestra un total de 87 pacientes de segunda y tercera planta, dependientes y válidos respectivamente; quedando excluidos del estudio 82 pacientes de la primera planta, con demencias graves, y los pacientes de la zona clínica, con afecciones agudas y procesos terminales.

Esta muestra inicial se vio reducida previamente a la aplicación del cuestionario debido a la interacción de dos factores:

- La hospitalización de varios de los pacientes incluidos en el estudio durante el periodo de evaluación.
- La presencia de un grave deterioro cognitivo, inesperado por ser incompatible con la ubicación de los residentes por plantas y afecciones que hace el centro, y no evidenciado en las historias clínicas previamente revisadas.

Finalmente, la muestra estudiada fue de 73 pacientes de ambos sexos y de edades comprendidas entre los 71 y los 97 años.

Método de recogida de datos

Se organizó un equipo de tres profesionales formado por la investigadora principal (estudiante de logopedia en prácticas) y dos colaboradoras auxiliares (becaria de logopedia y estudiante de nutrición en prácticas); y se distribuyó la tarea de evaluación siendo la primera de estas la encargada de administrar el cuestionario a 40 de los 73 pacientes que conformaban la muestra.

La herramienta de evaluación seleccionada para llevar a cabo el estudio fue el cuestionario *Eating Assessment Tool-10* (EAT-10) (Cuadro 1). El cuestionario EAT-10 es una escala de autoevaluación analógica verbal, unidimensional y de puntuación directa para evaluar síntomas específicos de disfagia ²⁸. La validez y fiabilidad de la versión original han sido previamente demostradas y publicadas. Es un cuestionario subjetivo compuesto por 10 preguntas que se puntúan en una escala de cinco puntos (0-4). Su administración es rápida y el cálculo de la puntuación final resulta de la suma de las 10 puntuaciones obtenidas en cada ítem. Los resultados iguales o superiores a 3 puntos indican la posible presencia del síntoma de disfagia y, por ende, la necesidad de una valoración más exhaustiva ^{27,28}.

Cuadro 1. EAT-10: Eating Assessment Tool. Despistaje de la Disfagia.
Responda cada pregunta escribiendo en el recuadro el número de puntos. Siendo 0 “ningún problema” y 4 “un problema serio”.
¿Hasta qué punto usted percibe los siguientes problemas?
1. Mi problema para tragar me ha llevado a perder peso.
2. Mi problema para tragar interfiere con mi capacidad para comer fuera de casa.
3. Tragar líquidos me supone un esfuerzo extra.
4. Tragar sólidos me supone un esfuerzo extra.
5. Tragar pastillas me supone un esfuerzo extra.
6. Tragar es doloroso.
7. El placer de comer se ve afectado por mi problema para tragar.
8. Cuando trago, la comida se pega en mi garganta.
9. Todo cuando como.
10. Tragar es estresante.
Puntuación total (máximo 40 puntos): POSITIVO ≥ 3; NEGATIVO < 3

Previamente a la aplicación del EAT-10, la investigadora principal diseñó un protocolo de actuación (Anexo 1) para salvaguardar la validez y la fiabilidad de la prueba, donde quedan reflejados los siguientes aspectos: el objetivo del protocolo, la distribución de

tareas, los materiales necesarios para el proceso de evaluación, las estrategias de codificación de los datos, las instrucciones que deben darse al paciente durante la explicación del procedimiento que vamos a llevar a cabo, el procedimiento a seguir ante la falta de comprensión de algunas preguntas y los criterios de puntuación. Tras su elaboración se concretaron dos sesiones de simulación: una primera sesión destinada a revisar el protocolo por parte del equipo investigador, y una segunda sesión donde se puso en práctica la administración del cuestionario EAT-10 entre las integrantes del equipo; quedando así resueltas las posibles dudas y unificando la estrategia de actuación. La investigadora principal cumplimentó esta tarea elaborando un registro (Anexo 2) a partir de la revisión de las historias clínicas, con la información sobre las variables sociodemográficas y clínicas: edad, sexo (hombre/mujer), antecedentes personales patológicos relevantes (Enfermedad de Parkinson, Alzheimer, deterioro cognitivo) y el tipo de dieta; y la variable de diagnóstico de disfagia: puntuación obtenida tras la aplicación del EAT-10.

Los pacientes fueron evaluados de manera individual en su habitación o en el comedor principal durante la hora del desayuno o de la comida, siendo las puntuaciones anotadas por las investigadoras, nunca por el propio paciente.

Se registró, además de la puntuación obtenida en el cuestionario, si había constancia de patología neurológica, deterioro cognitivo, el tipo de dieta y el estado de las piezas dentales y/o el uso o ausencia de prótesis dental. Además, se recogieron todas las observaciones e incidencias relevantes (Anexo 3) que tuvieron lugar durante el proceso de evaluación.

Aspectos éticos

Respecto a las consideraciones éticas y legales se pidió el consentimiento informado a la dirección del centro, facilitándoles un documento (Anexo 4) en el que se incluían a parte de la descripción del propio estudio una explicación de la participación voluntaria en el mismo, los responsables por quienes sería llevado a cabo, los posibles beneficios de cara a futuras intervenciones, la ausencia de riesgos que supone la participación en el mismo, el compromiso de confidencialidad en el manejo de los datos por parte del equipo investigador y la posibilidad de publicar los conocimientos obtenidos. En los registros finales no se incluyó información que pudiera identificar a los pacientes de forma directa o indirecta, siendo los datos codificados atendiendo a

un criterio numérico. El consentimiento informado fue firmado tanto por la dirección del centro como por el equipo médico, así como por cada una de las integrantes del equipo investigador y la tutora académica que ha guiado este estudio.

Estrategias de análisis estadístico

Para llevar a cabo el análisis de los datos obtenidos se utilizó el programa Microsoft Excel, representando las variables cuantitativas mediante la media y la desviación estándar (DE), y las variables cualitativas en forma de frecuencias y porcentajes.

6. RESULTADOS

Se analizan un total de 73 individuos. La edad media de nuestros pacientes es elevada: 87,6 años (desviación estándar (DE) \pm 6,5), siendo el 74% mujeres. Los datos más relevantes de la muestra quedan reflejados a continuación (Tabla 1).

Tabla 1. Características generales de los pacientes estudiados.	
n	73 (%)
<i>Edad (años)</i>	87,6 \pm 6,5
<i>Sexo femenino</i>	54 (74)
<i>Diagnóstico previo de disfagia</i>	1 (1,4)
<i>Comorbilidad</i>	8 (11)
– Demencia	5 (6,8)
– Enfermedad de Parkinson	3 (4,1)
<i>Deterioro cognitivo</i>	8 (11)
<i>Tipo de dieta</i>	
– Normal (N)	54 (74)
– Fácil masticación (B)	14 (19,2)
– Túrmix (T)	2 (2,7)
– Otras	3 (4,1)
Las variables cuantitativas se expresan como media \pm desviación típica.	
Las variables cualitativas se expresan como valores absolutos; entre paréntesis se indica su proporción con respecto al total de la muestra.	

Del total de las 73 valoraciones de la disfagia realizadas mediante la aplicación del test de cribado para disfagia EAT-10, un 30,1% (n=22) resultaron positivas (Tabla 2). La edad media de estos pacientes es superior a la de la muestra: 88,4 años (desviación estándar (DE) \pm 6,1), siendo el 90,9% mujeres (Gráfico 1).

Tabla 2. Resultados del EAT – 10.	
	Puntuación EAT – 10
n	73 (%)
Menor a 3 (Negativo)	51 (69,9)
Mayor o igual a 3 (Positivo)	22 (30,1)

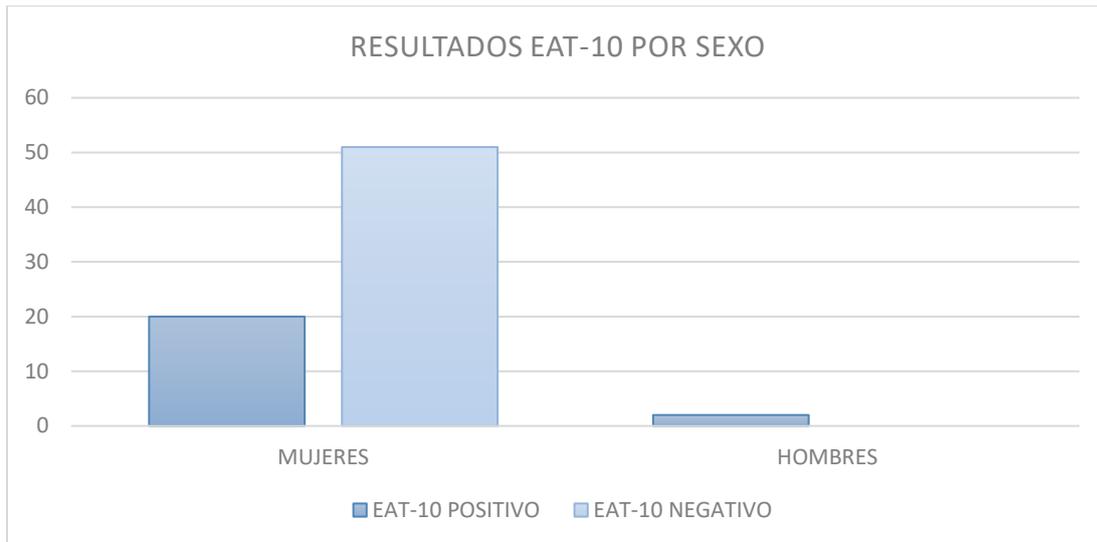


Gráfico 1. Resultados de la aplicación del EAT-10.

Atendiendo a las características específicas del grupo de pacientes con resultado positivo en el EAT-10 (Tabla 3), solo en el 4,5% de los casos (1 paciente) presentaba diagnóstico previo de disfagia; coincidiendo con el 4,5% de los casos (1 paciente) con diagnóstico previo de Enfermedad de Parkinson. Con respecto al nivel cognitivo, en las historias clínicas se refiere la presencia de deterioro cognitivo leve en el 9,1% de los casos (2 pacientes), no resultando este significativo para considerar a estos pacientes dentro de los criterios de exclusión previamente establecidos.

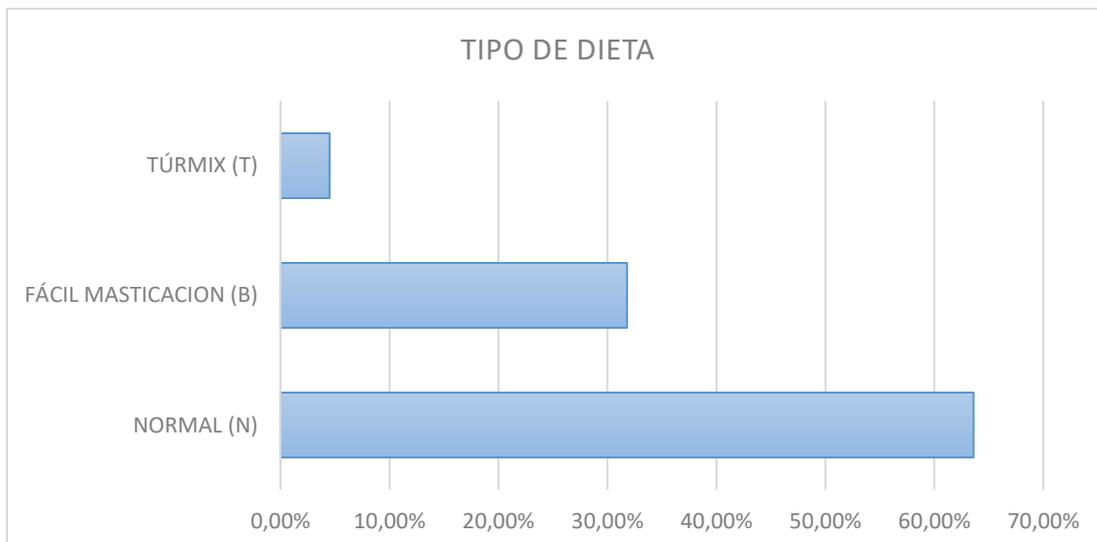


Gráfico 2. Frecuencia (%) de los tipos de dieta.

Con respecto al tipo de dieta prescrita (Gráfico 2), encontramos que la mayoría de los pacientes (63,6%) siguen una dieta normal (N), siendo la dieta de fácil masticación (B)

el segundo tipo en frecuencia (31,8%), y la dieta túrmix (T) la tercera (4,5%). En lo referente a la necesidad de utilizar prótesis dentales, solo en el 18,2% de los casos (4 pacientes) hicieron alusión a la relación que guardaba esta circunstancia con los problemas referidos durante la ingesta; siendo un 4,5% de los pacientes los que utilizaban prótesis completa, un 4,5% los que usaban prótesis superior o inferior y un 9,1% los pacientes que, a pesar de necesitar prótesis dental, no la utilizaban.

Tabla 3. Características específicas del grupo de pacientes con resultado positivo en el EAT-10.	
n	22 (%)
<i>Edad</i>	88,4 ± 6,1
<i>Sexo femenino</i>	20 (90,9)
<i>Diagnóstico previo de disfagia</i>	1 (4,5)
<i>Comorbilidad</i>	1 (4,5)
– Demencia	0 (0)
– Enfermedad de Parkinson	1 (4,5)
<i>Deterioro cognitivo</i>	2 (9,1)
<i>Tipo de dieta</i>	
– Normal (N)	14 (63,6)
– Fácil masticación (B)	7 (31,8)
– Túrmix (T)	1 (4,5)
<i>Prótesis dental</i>	4 (18,2)
– Completa	1 (4,5)
– Superior/inferior	1 (4,5)
– No utiliza	2 (9,1)
Las variables cuantitativas se expresan como media ± desviación típica.	
Las variables cualitativas se expresan como valores absolutos; entre paréntesis se indica su proporción con respecto al total de la muestra.	

7. DISCUSIÓN

En este estudio se ha pretendido estimar la prevalencia de la disfagia en la población de un centro geriátrico, y se han obtenido resultados significativos sobre la muestra seleccionada.

El síntoma conocido como “disfagia” es uno de los menos conocidos y diagnosticados en la población anciana a pesar de su elevada prevalencia y el impacto que tiene sobre la capacidad funcional, la salud, y la calidad de vida de estas personas ⁴. En este sentido son escasos los estudios realizados en el ámbito clínico que, además, ofrecen una gran variabilidad en los datos recogidos; estimándose una incidencia que oscila del 7% al 22% en adultos mayores (65 años y más), y una prevalencia del 40% al 50% en mayores institucionalizados ²⁹.

Según el estudio de Torres Camacho, M.^a J. y cols. (2011) ³⁰, en el que se realizó una encuesta para conocer la prevalencia de la disfagia en 1.777 ancianos de las residencias geriátricas de la ciudad de Barcelona, el 5,4% de los residentes presentaba disfagia. En este estudio la edad fue similar al nuestro, siendo más de la mitad de los pacientes (52,08%) mayores de 85 años vs 88,4 años (desviación estándar (DE) $\pm 6,1$), y la prevalencia de la demencia muy elevada (53,12%) siendo las respuestas del cuestionario contestadas en el 90,62% de los casos por el cuidador. En nuestra investigación, podemos observar que el 30,1% de los pacientes que conforman la muestra, obtienen una puntuación positiva en el test de cribado de disfagia EAT-10, siendo esto indicativo de un posible diagnóstico de disfagia en el futuro. La diferencia de resultados podría explicarse por la variabilidad que podrían mostrar las respuestas de los cuidadores frente a la utilización de un test estandarizado, con fiabilidad y validez demostradas, como es el EAT-10 ^{27,28}.

Según el estudio de De la Huerza Fernández-Bofill, T. y cols. (2015) ³¹, en el que se utilizó el EAT-10 para obtener la prevalencia de la disfagia en 161 pacientes que acuden a las consultas de enfermería en un centro de salud en Madrid, se estimó una prevalencia de la disfagia del 20,5%. Este valor se aproxima más a los datos de prevalencia obtenidos en nuestra investigación (30,1%); no obstante, debemos tener en cuenta que la edad media de los pacientes fue de 77,1 años (desviación estándar (DE) ± 12), significativamente inferior a la recogida en nuestro estudio (88,4 $\pm 6,1$). Teniendo en cuenta la edad y el régimen ambulatorio en el que se llevó a cabo el

estudio, la diferencia en los porcentajes de prevalencia podría apoyarse en que el riesgo de disfagia aumenta con la edad, pudiendo llegar a alcanzar una prevalencia del 75% en ancianos que residen en unidades de larga estancia ³².

En la Comunidad Valenciana, Botella Trelis, J.J. y cols. (2000) ³³, llevaron a cabo un estudio a partir de la aplicación de una encuesta a los responsables de las residencias de la «Guía de recursos sociosanitarios» con un total de 7.057 residentes, y se estimó una prevalencia de disfagia del 3,6% en este entorno asistencial. Estas cifras distan mucho de las obtenidas en nuestro estudio (30,1%). Sin embargo, son próximas a las rescatadas por Torres Camacho, M.^a J. y cols. ³⁰ (5,4%). En ambos estudios se utilizan cuestionarios no estandarizados y se registran las respuestas de una segunda persona, en lugar de recoger la palabra del paciente, obteniéndose un porcentaje menor al estimado según la aplicación del EAT-10, que ha sido la herramienta de elección en nuestro estudio y en el de De la Huerga Fernández-Bofill, T. y cols. ³¹. La variabilidad de los porcentajes obtenidos podría justificarse por la subjetividad añadida que supone incluir a una tercera persona en la evaluación.

La prevalencia de la disfagia en el anciano se ve notablemente incrementada por su relación con patologías que aumentan su incidencia en este periodo de la vida, como la Enfermedad de Parkinson o el Alzheimer; así como por los cambios fisiológicos propios de la edad, que sin ser patológicos se producen como consecuencia del envejecimiento de las estructuras implicadas en el acto deglutorio.

Tras haber analizado las características específicas de los 22 pacientes que obtuvieron un resultado positivo en el EAT-10 (Tabla 3), hemos constatado que nos encontramos ante un grupo de pacientes longevos con una media de edad muy elevada (88,4). Estos resultados llaman la atención por superar los valores descritos por el Instituto Nacional de Estadística (INE), el cual sitúa en sus últimos estudios (2017) la esperanza de vida en España en 83,1 años, y en 83,8 años en Castilla y León ³⁴. Por otro lado, es representativo que la media de edad de los pacientes con resultado positivo tras la aplicación del EAT-10, sea mayor que la media calculada para la muestra seleccionada para el estudio (87,6); estableciéndose así la prevalencia de la disfagia como un síntoma directamente proporcional al envejecimiento de los pacientes.

Existe un claro predominio del sexo femenino (90,9%) en el grupo de pacientes con resultados positivos. Retomando los datos del INE que establece la edad media de las mujeres en 85,73 años y la de los hombres en 80,39 años³⁴, esto podría justificarse por una mayor esperanza de vida de las mujeres frente a los hombres; resultando más evidente la diferencia en un entorno de por sí envejecido como es un centro geriátrico, y descartando el sexo femenino como factor predisponente de disfagia.

Se trata de pacientes que contra todo pronóstico y a pesar de su avanzada edad no presentan datos de comorbilidad significativos, encontrando solo en el 4,5% de los casos (1 paciente) el diagnóstico de Enfermedad de Parkinson, siendo el mismo paciente que refiere en su historia clínica un diagnóstico previo de disfagia. Este dato apoya los estudios recogidos sobre comorbilidad entre la Enfermedad de Parkinson y el síntoma de disfagia, siendo una de las patologías que más frecuentemente reúne el síntoma dentro de sus manifestaciones (52-82%)¹⁶. El nivel de deterioro cognitivo que se pone de manifiesto en el 9,1% de los casos (2 pacientes) y es calificado como "leve", revela una prevalencia menor que la recogida por estudios publicados sobre la incidencia del deterioro cognitivo leve (DCL) en ancianos institucionalizados (27%)³⁵.

Otros datos de interés han sido el tipo de dieta y la utilización de prótesis dentales. Con respecto al tipo de dieta, en el estudio se pone de manifiesto que en el 63,6% de los casos los pacientes tomaban una dieta normal (N) a pesar de presentar, en mayor o menor medida, las dificultades asociadas a la disfagia y reflejadas en las cuestiones del EAT-10. Estos resultados sorprenden en comparación con el estudio realizado en Toledo por Carrillo Prieto, E. y cols. (2016)³⁶, donde se recogen los datos relativos al tipo de dieta en una muestra de 33 ancianos con deterioro de la deglución; siendo la edad media de 86,73 años (desviación típica (DT) $\pm 7,74$) y el sexo femenino (84,84%) prevalente sobre el masculino. En este estudio se estima en un 90,9% el porcentaje de pacientes con dieta túrmix (T), estableciéndose como la dieta de elección en estos casos. Esta incompatibilidad en los resultados podría justificarse por el escaso diagnóstico de la disfagia²⁴, y pondría de manifiesto el riesgo que tienen los pacientes en nuestro estudio de sufrir algunas de las complicaciones asociadas al síntoma, como desnutrición, deshidratación o aspiraciones que desemboquen en un mal mayor.

Con respecto a la utilización de prótesis dentales, observamos que es una circunstancia que tiene en cuenta el 18,2% de los pacientes, pudiendo establecerse

como factor determinante de una mala preparación del bolo alimenticio en la fase oral preparatoria, y dando lugar así a un proceso deglutorio deficiente.

8. CONCLUSIONES

Con el estudio se puede concluir que, tras el análisis de los resultados y su posterior discusión, se obtiene una prevalencia de la disfagia en la media de los datos recogidos por otros estudios, pero significativamente superior a otros trabajos relacionados. Esta diferencia queda justificada, en la mayoría de los casos, por la herramienta de evaluación utilizada, en nuestro caso el EAT-10. En este contexto se destaca la responsabilidad que tenemos los profesionales de emplear herramientas de cribaje estandarizadas, con fiabilidad y validez demostradas, así como la necesidad de unificar criterios cuando la investigación sea llevada a cabo por más de un profesional; es solo así cuando se obtendrán resultados fidedignos y con la mínima variación. Esto ayudará a equilibrar la variabilidad reflejada en los datos disponibles actualmente, creando una visión de la importancia del síntoma de disfagia más cercana a la realidad y desarrollando la tarea preventiva en el contexto de las residencias geriátricas.

Importantes razones justifican la necesidad de detectar la disfagia precozmente. La vejez es un periodo caracterizado por el deterioro general y progresivo del organismo, durante el cual aumenta la incidencia de diagnósticos como el de la Enfermedad de Parkinson o las demencias tipo Alzheimer, entre otros. Independientemente de presentar antecedentes patológicos, los ancianos refieren en ocasiones alteraciones de la deglución como resultado de un deterioro que compromete el proceso deglutorio a nivel estructural y funcional. Tomando este argumento, y teniendo en cuenta que la muestra de estudio es el reflejo de la población anciana española, resulta adecuado indicar que en el ámbito de los centros geriátricos no debemos esperar a que el paciente presente signos específicos de alteraciones de la deglución, sino hacer uso de herramientas y procedimientos específicos que favorezcan la identificación precoz de esos signos, evitando así la proliferación de complicaciones que comprometan la salud de los ancianos. Por otro lado, desenmascarar precozmente las alteraciones de la deglución ofrece la posibilidad de llevar a cabo una intervención adaptada por parte de un equipo multidisciplinar del que indiscutiblemente debe formar parte el logopeda.

El logopeda debería ser en estos centros el profesional de referencia en cuanto a la evaluación de la disfagia, así como el encargado de diseñar la intervención adaptada a las necesidades de cada paciente mediante la aplicación de recursos como las estrategias posturales, maniobras facilitadoras, modificación de la consistencia,

volumen y velocidad de presentación del alimento, así como la aplicación de técnicas de incremento sensorial ¹. El logopeda debe colaborar con el resto de los profesionales para que la intervención actúe sobre el paciente en su globalidad, consiguiendo así una intervención completa y orientada al éxito. De acuerdo con esto, no debemos olvidar el papel que juegan las familias que, sin ser profesionales, han de ser partícipes del proceso. Lo ideal sería informar a las familias del problema que presenta el paciente, de las complicaciones asociadas al mismo y de la labor que desempeña el logopeda en la tarea de evaluación, valoración e intervención, siendo también esta la figura que les proporcione las pautas que necesitan para saber cómo ayudar a su familiar. Concienciar a las familias supondría aumentar la demanda que estas hicieran de incluir la figura del logopeda en las residencias geriátricas, sensibilizando con ello a los equipos directivos de estos centros y ampliando el campo de actuación de nuestra profesión.

Consideramos por tanto que la ausente figura del logopeda en estos centros contribuye al escaso diagnóstico de la disfagia, dando lugar a incongruencias como las mostradas en este estudio en el que de los 22 pacientes que obtuvieron resultados positivos en el EAT-10, un 63,6% seguían llevando una dieta normal (N). Son datos alarmantes teniendo en cuenta las complicaciones asociadas a la disfagia, y sobre los que resultaría interesante realizar una valoración para conocer el estado nutricional de los ancianos, mediante la aplicación de instrumentos como el *Mini Nutritional Assessment* (MNA).

También hemos encontrado otras características que pueden interferir en la secuencia coordinada de acciones que organizan el acto deglutorio como es el hecho de necesitar prótesis dentales, puesto que hay ancianos que pese a necesitarlas no las utilizan y/o las que utilizan no les resultan funcionales. Retomando la idea de intervenir sobre el paciente en su globalidad, es importante la coordinación con los profesionales encargados de supervisar y satisfacer estas necesidades; esto supondría la disminución de las alteraciones de la deglución en aquellos pacientes que presentan problemas en la formación del bolo en la fase oral preparatoria y, por ende, en las fases consecutivas del proceso deglutorio.

Finalmente, en lo referido al EAT-10, cabe destacar que pese a ser un instrumento de cribaje estandarizado, algunas de sus preguntas como por ejemplo "*Mi problema para*

tragar interfiere con mi capacidad para comer fuera de casa” han resultado revelar poca información en este contexto, al tratarse en la mayoría de los casos de pacientes institucionalizados muy limitados funcionalmente. Esto nos hace comprender la importancia de crear instrumentos de cribaje que se ajusten a las circunstancias reales que viven los pacientes en estos centros.

Todas las conclusiones sacadas tras este estudio ponen de manifiesto la necesidad de seguir investigando a cerca de la prevalencia de la disfagia en las residencias geriátricas, consiguiendo con ello la incorporación de los logopedas en los equipos multidisciplinares que desarrollan su labor en estos centros y proporcionando, tanto al paciente como a las familias, un diagnóstico precoz que evite la aparición de afecciones más graves; de esta manera, conseguiremos mejorar la salud y la calidad de vida de un grupo de población aún desconocido, y cada vez más numeroso en nuestro país.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Cámpora H, Falduti A. Deglución de la A a la Z. 1a ed. Buenos aires: Ediciones Journal; 2015.
2. Silveira Guijarro LJ, Domingo García V, Montero Fernández N, Osuna del Pozo CM^a, Álvarez Nebreda L, Serra-Rexach JA. Disfagia orofaríngea en ancianos ingresados en una unidad de convalecencia. Nutr Hosp [Internet]. 2011; 26(3): 501-510. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2l5Zb5W>
3. Olivares C, Barrera G (dir). Disfagia en adulto mayor: revisión de la evidencia en el manejo de la disfagia en población geriátrica [Tesis de postgrado en Internet]. [Santiago de Chile]: Universidad de Chile; 2016. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2XBBDVL>
4. Clavé P, Verdaguer A, Arreola V. Disfagia orofaríngea en el anciano. Med Clin (Barc). 2005; 124: 742-748. doi: 10.1016/j.regg.2012.04.009
5. Costanzo LS. Fisiología. 4a ed. Barcelona: Elsevier España; 2011.
6. Marmouset F, Hammoudi K, Bobillier C, Morinière S. Fisiología de la deglución normal. EMC-Otorrinolaringología. 2015; 44(3): 1-12. doi: 10.1016/S1632-3475(15)72752-9
7. Matsuo K, Palmer JB. Coordination of mastication, swallowing and breathing. Japanese dental science review. 2009; 45(1), 31-40. doi: 10.1016/j.jdsr.2009.03.004
8. Tobar R. Disfagia Orofaríngea: Consideraciones Clínicas en la Alimentación. Revista Colegio de Nutricionistas [Internet]. 2010; 6(11), 13-17. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2ZgSW58>
9. Tobar R, Campos C, Cancino V, Diez M, Fierro N. Dominio del fonoaudiólogo para la determinación del grado de viscosidad de alimentos líquidos. Revista Chilena de Fonoaudiología [Internet]. 2016; 15: 1-14. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2X6ZWEa>
10. Bleeckx D. Disfagia. Evaluación y reeducación de los trastornos de la deglución. Fisiología de la alimentación. España: Mc Graw-Hill Interamericana de España; 2004. p. 5-11.
11. Robert D, Giovanni A, Zanaret M. Fisiología de la deglución. EMC-Otorrinolaringología. 2000; 29(1): 1-15. doi: 10.1016/S1632-3475(00)71974-6

12. Pastor Vera, T. Análisis correlacional de las secuelas estructurales y funcionales que son ocasionadas por la respiración oral y que condicionan la deglución. Capítulo 2: Análisis y descripción de la deglución: diferencia entre la deglución adulta y la deglución atípica [Tesis doctoral en Internet]. [Barcelona]: Universitat Ramon Llull; 2008. Recuperado a partir de: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/9263/7.pdf?sequence=9>
13. Méndez-Sánchez IM, López-Vega M C, Pérez-Aisa Á. Disfagia orofaríngea. Algoritmo y técnicas diagnósticas. Rapd online [Internet]. 2017; 40(3): 132-140. Recuperado a partir de: <https://www.sapd.es/revista/2017/40/3/03/pdf>
14. Ponce M, Garrigues V, Ortiz V, Ponce J. Trastornos de la deglución: un reto para el gastroenterólogo. Gastroenterol Hepatol. 2007; 30(8): 487-497. doi: 10.1157/13110504
15. Velasco M, García-Peris P. Causas y diagnóstico de la disfagia. Nutr Hosp [Internet]. 2009; 2(2): 56-65. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2WzxQSB>
16. Barroso J. Disfagia orofaríngea y broncoaspiración. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2009; 44: 22-28. doi: 10.1016/j.regg.2009.06.010
17. Jiménez Rojas C, Corregidor Sánchez AI, Gutiérrez Bezon C. Disfagia. En: International Marketing & Communication, S.A. (IM&C). Tratado de geriatría para residentes [Internet]. 2006; 535-552. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2KDH3SR>
18. Clavé P, Terré R, De Kraa M, Serra M. Approaching oropharyngeal dysphagia. Rev Esp Enferm Dig [Internet]. 2004; 96: 119-131. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2WBIFUq>
19. Rosales-Zábal JM, Pérez-Aisa A. Disfagia orofaríngea. Rapd online [Internet]. 2015; 35(1): 29-35. Recuperado a partir de: <https://www.sapd.es/revista/2012/35/1/03>
20. Organización Mundial de Gastroenterología. Disfagia: Guías y cascadas mundiales [Internet]. 2014. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2fBBjX3>
21. Rommel N, Hamdy S. Oropharyngeal dysphagia: manifestations and diagnosis. Nat Rev Gastroenterol Hepatol. 2016; 13: 49-59. doi: 10.1038/nrgastro.2015.199
22. Almirall J, Cabré M, Clavé P. Neumonía aspirativa. Med Clin (Barc). 2007; 129: 424-432. doi: 10.1157/13110467

23. Camarero González E. Consecuencias y tratamiento de la disfagia. Nutr Hosp [Internet]. 2009; 2(2): 66-78. Recuperado a partir de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309226754007>
24. Ferrero López MI, García Gollarte JF, Botella Trelis J, Vidal OJ. Detección de la disfagia en mayores institucionalizados. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2012; 47(4): 143-147. doi: 10.1016/j.regg.2011.09.004
25. García-Peris P, Velasco C, Frías Soriano L. Manejo de los pacientes con disfagia. Nutr Hosp [Internet]. 2012; 5(1): 33-40. Recuperado a partir de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309226797004>
26. Clavé P, Arreola V, Velasco N, Quer M, Castellví JM, Almirall J, et al. Diagnóstico y tratamiento de la disfagia orofaríngea funcional. Aspectos de interés para el cirujano digestivo. Cir Esp. 2007; 82(2): 62-76. doi: 10.1016/S0009-739X(07)71672-X
27. Fernández-Rosati J, Lera L, Fuentes-López E, Albala C. Validez y confiabilidad del cuestionario Eating Assessment Tool 10 (EAT-10) para detectar disfagia en adultos mayores chilenos. Rev méd. Chile [Internet]. 2018; 146(9): 1008-1015. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2XGBLK2>
28. Burgos Peláez R, Sarto B, Seguro H et al. Traducción y validación de la versión en español de la escala EAT-10 (Eating Assessment Tool 10) para el despistaje de la disfagia. Nutr Hosp. 2011; 26(1): 52-53. doi: 10.3305/nh.2012.27.6.6100
29. Easterling CS, Robbins E. Dementia and Dysphagia. Geriatric Nursing. 2008; 29(4): 275-285. doi:10.1016/j.gerinurse.2007.10.015
30. Torres Camacho M^aJ, Vázquez Perozo M, Parellada Sabaté A, González Acosta M^aE. Disfagia en ancianos que viven en residencias geriátricas de Barcelona. Gerokomos [Internet]. 2011; 22(1): 20-24. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2R7as91>
31. De la Huerga Fernández-Bofill T, Hernández de las Heras JL, Llamas Sandino NB. Prevalencia de disfagia orofaríngea en pacientes mayores de 65 años. Metas Enferm [Internet]. 2015; 18(9): 49-55. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2F4eUk2>
32. Patino-Hernandez D, Germán Borda M, Venegas Sanabria LC, Chavarro-Carvajal DA, Cano-Gutiérrez CA. Disfagia sarcopénica. Rev Col Gastroenterol [Internet]. 2016; 31(4): 418-423. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2QZRbGs>

33. Botella Trevelis JJ, Ferrero López MI. Manejo de la disfagia en el anciano institucionalizado: situación actual. Nutr Hosp [Internet]. 2002; 17: 168-174. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2X5fzfg>
34. Esperanza de vida al nacimiento según sexo [Internet]. INE. 2017. Recuperado a partir de: <http://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=1414>
35. Vallejo Sánchez J, Rodríguez Palma M. Prevalencia del deterioro cognitivo leve en mayores institucionalizados. Gerokomos [Internet]. 2010; 21 (4): 153-157. Recuperado a partir de: <https://medes.com/publication/63196>
36. Carillo Prieto E, Aragón Chicharro S, García Meana JF, Calvo Morcuende B, Pajares Bernardo M. Disfagia y estado nutricional en ancianos institucionalizados. Gerokomos [Internet]. 2016; 27(4): 147-152. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2Wylqt3>

10. ANEXOS

- Anexo 1: protocolo de actuación

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN

Este protocolo está diseñado con el fin de llevar a cabo una actuación uniforme, respetando y manteniendo con ello la validez de la herramienta empleada, el cuestionario EAT-10.

Los pasos por seguir, indicados a continuación, deben respetarse y cumplirse estrictamente por la investigadora principal y las dos colaboradoras.

Previamente a la aplicación del EAT-10 la investigadora revisará junto a las dos colaboradoras la herramienta a utilizar, cerciorándose de que ambas comprenden el funcionamiento y aplicación del mismo. Para ello se llevarán a cabo dos sesiones de simulación: una primera sesión en la que se revisará el protocolo y el cuestionario EAT-10; una segunda sesión en la que se practicará la aplicación del protocolo, donde se resolverán las posibles dudas que puedan surgir acerca de los distintos puntos.

- 1) Antes de proceder a la aplicación del cuestionario propiamente dicho, es imprescindible que el examinador se asegure de llevar consigo los siguientes materiales:
 - Bolígrafo.
 - Goma.
 - Lapicero.
 - Copias del EAT-10.
 - Hoja de registro.
- 2) El examinador, antes de presentarse frente al paciente, debe codificar el nombre del mismo en la copia del EAT-10 tomando como referencia la numeración previamente establecida y recogida en la hoja de registro.
- 3) A continuación, el examinador debe presentarse al paciente y ofrecerle la siguiente explicación:

"Buenos días (nombre del residente), soy (nombre del examinador) la logopeda/nutricionista y vengo a hacerle unas preguntas. No se preocupe, no tardaremos más de dos minutos".

Si el ambiente en el que nos encontramos con el paciente es idóneo, pasaremos ahí nuestro cuestionario. Por el contrario, si el ambiente es ruidoso o muy concurrido, el examinador lo llevará a un lugar más adecuado añadiendo a esta primera explicación la siguiente pregunta: "*¿Se viene conmigo?*".

- 4) Una vez el examinador se ha presentado, se procede con la explicación del cuestionario siguiendo las siguientes instrucciones:
"Ahora le voy a hacer diez preguntas muy sencillas para saber si usted tiene algún tipo de dificultad para tragar. Para contestar seguiremos una escala de puntuación del 0 al 4, si la puntuación que usted le da es 0 significa que lo que yo le pregunto no le supone ningún problema, si la puntuación de 4 significa que le supone un problema serio. Es decir, va de menor a mayor".
- 5) Tras haberle explicado al paciente el funcionamiento del cuestionario comenzaremos con la aplicación del mismo, siguiendo el orden establecido de las preguntas hasta completar las 10. Será el examinador quien vaya completando las preguntas con la puntuación indicada.
- 6) Cabe la posibilidad de que alguna de las preguntas no se comprenda con facilidad por parte del paciente, en ese caso haremos ligeras modificaciones en la manera de plantearlas tales que:
 - Pregunta 2: el verbo "interferir" se sustituirá por "impedir".
 - Preguntas 3, 4 y 5: el adjetivo "extra" se sustituirá por "a mayores".
- 7) Finalizado el cuestionario, el examinador debe sumar las puntuaciones parciales para obtener la puntuación final. Es importante recordar que esta acción nunca se llevará a cabo delante del paciente.
- 8) La puntuación total debe aparecer reflejada tanto en la copia del EAT-10 de cada uno de los residentes, como en la hoja de registro final. Esta última tarea será llevada a cabo por la investigadora principal del estudio.

○ Anexo 2: registro

REGISTRO GNERAL DE LOS PACIENTES							
Código	Planta	Edad	Sexo	Diagnóstico previo disfagia	Comorbilidad	Dieta	Puntuación
001	3	77	M	No	No	Normal (N)	00/40
002	3	91	H	No	Deterioro cognitivo leve	Normal (N)	00/40
003	3	92	M	No	No	Normal (N)	06/40
004	3	91	M	No	No	Normal (N)	00/40
005	3	90	M	No	No	Fácil masticación (B)	23/40
006	3	88	M	No	No	Normal (N)	05/40
007	3	91	M	No	No	Normal (N)	01/40
008	3	79	M	No	No	Otras	00/40
009	3	88	M	No	No	Normal (N)	00/40
010	3	86	M	No	No	Normal (N)	01/40
011	3	93	H	No	No	Normal (N)	02/40
012	3	88	M	No	No	Otras	00/40
013	3	94	M	No	No	Normal (N)	00/40
014	3	92	H	No	No	Normal (N)	00/40
015	3	75	H	Si	Enfermedad de Parkinson, deterioro cognitivo	Normal (N)	09/40
016	3	89	M	No	No	Normal (N)	00/40
017	3	90	M	No	No	Normal (N)	13/40
018	3	85	M	No	No	Normal (N)	01/40
019	3	90	M	No	No	Normal (N)	06/40
020	3	92	M	No	No	Fácil masticación (B)	07/40
021	3	87	M	No	No	Normal (N)	00/40
022	3	91	M	No	No	Normal (N)	00/40

023	3	87	M	No	Demencia tipo Alzheimer	Normal (N)	00/40
024	3	90	M	No	Demencia	Normal (N)	01/40
025	3	96	M	No	No	Normal (N)	02/40
026	3	93	M	No	No	Normal (N)	00/40
027	3	90	M	No	No	Normal (N)	05/40
028	3	73	M	No	No	Normal (N)	00/40
029	3	92	M	No	No	Normal (N)	00/40
030	3	90	H	No	No	Normal (N)	01/40
031	3	83	M	No	Demencia tipo Alzheimer, deterioro cognitivo	Normal (N)	00/40
032	3	92	H	No	Deterioro cognitivo	Fácil masticación (B)	00/40
033	2	80	M	No	Deterioro cognitivo leve	Normal (N)	00/40
034	2	92	M	No	Deterioro cognitivo leve	Normal (N)	06/40
035	2	79	M	No	No	Normal (N)	04/40
036	2	81	M	No	Demencia tipo Alzheimer	Normal (N)	02/40
037	2	86	H	No	Deterioro cognitivo	Normal (N)	00/40
038	2	83	H	No	No	Normal (N)	00/40
039	2	93	M	No	No	Fácil masticación (B)	00/40
040	2	93	H	No	No	Fácil masticación (B)	00/40
041	2	90	M	No	No	Normal (N)	02/40
042	2	81	H	No	No	Normal (N)	00/40

043	2	84	M	No	Enfermedad de Parkinson	Normal (N)	00/40
044	2	95	M	No	No	Normal (N)	03/40
045	2	95	M	No	No	Fácil masticación (B)	16/40
046	2	82	M	No	No	Normal (N)	00/40
047	2	95	M	No	No	Fácil masticación (B)	11/40
048	2	81	M	No	No	Normal (N)	07/40
049	2	71	M	No	No	Otras	01/40
050	2	88	M	No	No	Fácil masticación (B)	00/40
051	2	88	M	No	No	Fácil masticación (B)	20/40
052	2	87	M	No	No	Normal (N)	00/40
053	2	92	M	No	Deterioro cognitivo	Fácil masticación (B)	00/40
054	2	90	H	No	No	Túrmix (T)	22/40
055	2	84	H	No	No	Normal (N)	00/40
056	2	77	H	No	No	Normal (N)	00/40
057	2	97	M	No	No	Fácil masticación (B)	02/40
058	2	96	M	No	No	Normal (N)	00/40
059	2	92	H	No	No	Normal (N)	00/40
060	2	77	H	No	Demencia tipo Alzheimer	Fácil masticación (B)	00/40
061	2	73	M	No	No	Fácil masticación (B)	04/40
062	2	97	H	No	No	Normal (N)	00/40
063	2	91	H	No	No	Normal (N)	00/40

064	2	96	H	No	No	Normal (N)	00/40
065	2	73	H	No	Enfermedad de Parkinson	Túrmix (T)	00/40
066	2	79	M	No	No	Normal (N)	00/40
067	2	93	M	No	No	Normal (N)	04/40
068	2	87	M	No	No	Normal (N)	08/40
069	2	92	M	No	No	Normal (N)	05/40
070	2	86	M	No	No	Normal (N)	04/40
071	2	91	M	No	No	Fácil masticación (B)	04/40
072	2	87	M	No	No	Normal (N)	00/40
073	2	96	M	No	No	Normal (N)	00/40
Las puntuaciones de aquellos pacientes que obtuvieron un resultado igual o mayor a 3 puntos aparecen señaladas en este registro en color amarillo .							

○ Anexo 3: observaciones e incidencias

OBSERVACIONES E INCIDENCIAS	
Código	Anotaciones
003	Dice tener mucho cuidado con ciertos alimentos como pueden ser la carne asada o el pescado cuando no está cocido, por miedo a atragantarse. Ella misma toma precauciones durante la ingesta porque dice ser necesario debido a su avanzada edad.
005	Refiere que antes de llegar al centro podía comer con normalidad todo tipo de alimentos, pero desde hace un tiempo tiene muchos problemas tales como dolor, tos, molestia, etc. Le han cambiado la dieta a triturada. Ella explica que el médico le ha asegurado tener un problema crónico en la garganta.
006	Dice tener muchas dificultades durante las comidas por el hecho de llevar dentadura.
007	Dice no tener ningún tipo de problema para tragar porque siempre bebe mucha agua durante las comidas para <i>“pasar bien el alimento”</i> .
012	Dice masticar muy bien los alimentos para evitar tener problemas de estómago. Bebe agua para <i>“pasar”</i> la comida pese a que dice no tener sensación de que se le pegue la comida en la garganta.
020	Refiere que no lleva prótesis dental superior, y que las piezas que presenta están muy deterioradas.
023	Dice cuidar mucho la forma de masticar, insiste en que siempre ha intentado masticar muy bien la comida para evitar tener problemas de estómago ya que su madre falleció por ese motivo.
031	Dice cuidar mucho la masticación de los alimentos para evitar así padecer problemas de estómago.
046	Actualmente está tomando un complemento nutricional prescrito por la nutricionista debido a la falta de apetito.

050	Utiliza prótesis dental por lo que tras manifestar dificultades en la ingesta se le cambia la dieta a fácil masticación.
051	Utiliza prótesis dental por lo que tras manifestar dificultades en la ingesta se le cambia la dieta a fácil masticación.
053	Al paciente le faltan muchas piezas dentales y se observa un gran deterioro de las presentes.
054	Dice tener muchas dificultades para comer porque necesita prótesis dental completa, pero carece de ella.
071	Refiere haber tenido siempre problemas con la textura líquida por lo que utiliza espesantes.

- Anexo 4: consentimiento informado

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ELABORACIÓN DEL TFG:
PREVALENCIA DE LA DISFAGIA EN LA POBLACIÓN DE UN CENTRO
GERIÁTRICO**

Este documento de **consentimiento informado** se dirige a la dirección del centro de mayores de Valladolid.

Se les invita a participar en el proyecto de investigación: **Prevalencia de la disfagia en la población de un centro geriátrico** para lo cual se requiere la colaboración de los residentes para completar el cuestionario elegido (EAT-10) para efectos de investigación.

Tutora del TFG:

Patricia Murciego Rubio

Nombre de los investigadores:

Alicia Calvo Gobernado

Nombre de los colaboradores:

Xxx xxx xxx

Xxx xxx xxx

Este documento de consentimiento informado tiene dos partes:

- Información (breve explicación sobre el estudio)
- Formulario de Consentimiento (para firmar si el centro autoriza la elaboración del estudio).

Se le dará una copia del Documento completo de Consentimiento Informado al centro.

PARTE I: INFORMACIÓN.

La autora principal del estudio de esta investigación, Alicia Calvo, es estudiante de la Universidad de Valladolid perteneciente a la Facultad de Medicina y a la Titulación de Logopedia. Contará con la colaboración de xxx, estudiante de la Universidad de Valladolid perteneciente a la Facultad de Medicina y a la Titulación de Nutrición Humana y Dietética, y de xxx, becaria en el centro y titulada en Logopedia por la Universidad de Valladolid.

El objetivo principal del estudio es conocer la prevalencia de la disfagia en el centro geriátrico elegido, aprovechando el periodo de prácticas de las dos alumnas para pasar a los pacientes el cuestionario EAT-10.

En cuanto a la metodología la herramienta empleada será el cuestionario EAT-10, formado por diez preguntas sencillas que nos proporcionarán la información necesaria. Es importante indicar que para completar el cuestionario no es necesario tomar datos personales ni clínicos de los participantes. El cuestionario se pasará durante la hora de la comida en el comedor principal.

Selección de participantes.

Estamos invitando a residentes de la 2ª y 3ª planta del centro a completar el cuestionario EAT-10 bajo la supervisión de la investigadora y sus colaboradoras.

Participación voluntaria.

La participación del centro en este estudio es totalmente voluntaria, así como la colaboración de los residentes.

Riesgos.

Participar en este proyecto no implicará ningún riesgo.

Beneficios.

Conocer la prevalencia de la disfagia en el centro de cara a futuras intervenciones clínicas.

Confidencialidad.

No compartiremos la identidad de quienes participen en la investigación. La información que recojamos por este estudio se mantendrá en estricta confidencialidad. Cualquier información acerca de la identidad del paciente, será codificada, por lo que tendrá un número en vez de su nombre. Solo los investigadores sabrán cuál es su número asignado.

Difusión de resultados.

El conocimiento que obtengamos por realizar esta investigación podrá ser eventualmente publicado.

PARTE II: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO.

- He sido invitado a otorgar mi autorización a participar en la investigación de la Universidad de Valladolid, Facultad de Medicina, Grado en Logopedia.
- Autorizo al desarrollo de esta actividad por parte de las estudiantes de la Universidad de Valladolid.
- He sido informado del procedimiento que se va a llevar a cabo en el centro.
- He leído la información proporcionada.
- He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.
- Acepto la participación de los residentes en el estudio y entiendo que tengo el derecho de retirar el consentimiento en cualquier momento.