



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Máster

Detección de Disfagia Orofaríngea y estrategias de
Terapia Ocupacional en personas mayores usuarias de un
centro de día.

Oropharyngeal Dysphagia detection and Occupational
Therapy strategies in elderly users of a Day Center.

Autor/es

Alba Luna Cuadros

Director/es

Estela Calatayud Sanz

Facultad de Ciencias de la Salud
2019

AGRADECIMIENTOS

Mi más sincero agradecimiento a Fundación la Caridad y al Centro de día Los Sitios de Zaragoza, por permitirme realizar este trabajo. A Susana, Isabel y al resto de trabajadores y en especial a todas las auxiliares de enfermería que tanto me han ayudado y que tantas veces me abrieron la puerta y me recibieron con una sonrisa.

A los usuarios del Centro de Día y sus familiares, por participar y ayudar al conocimiento de la Disfagia Orofaríngea.

A mi familia por su apoyo incondicional; a mis amigos por sus ánimos en los días grises; a Sara y Victoria, que me daban su consejo desde la enfermería, a David por su estadística; y a Keila por su dominio del inglés.

A Alfredo, por su eterna paciencia.

A Martin, que es mi razón de ser.

Y mi más sincero agradecimiento a Estela, por su guía, conocimientos, paciencia y comprensión y por hacer grande esta bonita profesión.

ABREVIATURAS

ABVD: Actividades Básicas de la Vida Diaria.

ACV: Accidente Cerebro Vascular.

AVD: Actividades de la vida diaria.

CD: Centro de Día

CDP: Centro de Día Psicogeriátrico

DO: Disfagia Orofaringea.

DE: Desviación Estándar.

E.A: Enfermedad de Alzheimer.

EAT-10: Eating Assessment Tool

EES: Esfínter esofágico superior

ELA: Esclerosis Lateral Amiotrófica.

E.M: Esclerosis Múltiple.

E.P.: Enfermedad de Parkinson.

IB: Índice de Barthel.

IMM: Intervención mínima masiva

INE: Instituto Nacional de Estadística

MEC: Mini Examen Cognoscitivo de Lobo

MECV-V: Método de Exploración Clínica Volumen Viscosidad

MNA: Mini nutritional Assessment

NA: Neumonía por Aspiración

O2: Oxígeno

OMS: Organización Mundial de la Salud.

PEG: Gastrostomía Endoscópica Percutánea.

SNG: Sonda nasogástrica

T.O: Terapeuta ocupacional.

T.O.: Terapia Ocupacional.

UDCL-DI: Unidad de deterioro cognitivo leve y demencias iniciales.

UPEA: Unidad de prevención y envejecimiento activo.

VFC: Videofluoroscopia.

Índice

1. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN	1
1.1. Introducción: Proceso de envejecimiento y datos socio demográficos.....	1
1.2. La nutrición humana.....	2
1.3. Alteraciones en la deglución. Disfagia orofaríngea.....	5
2. HIPÓTESIS	24
3. OBJETIVOS	25
4. MATERIAL Y MÉTODOS	26
4.1. Diseño del estudio	26
4.2. Contexto geográfico y temporal	26
4.3. Población (muestra): Criterios de inclusión y exclusión.	27
4.4. Consentimiento para la realización del estudio.	27
4.5. Acceso y recogida de información.....	28
4.6. Variables del estudio.....	28
4.7. Análisis de los datos estadísticos.....	32
4.8. Aspectos éticos	32
5. RESULTADOS	33
5.1. Análisis de la muestra general	33
5.1.1. Características Sociodemográficas.	33
5.1.2. Características clínicas.....	33
5.1.3. Descripción de la muestra tras la realización de los test de deglución	35
5.2. Análisis comparativo disfagia y resto de variables.....	37
5.2.1. Variables sociodemográficas.	37
5.2.2. Variables clínicas.....	38
6. DISCUSIÓN	41
6.1. Características sociodemográficas.....	41
6.2. Características de los positivos en DO, diagnóstico previo e identificados mediante el MECV-V	42
6.3. Características de la prueba EAT-10 y de la familia refiere problemas para la deglución.	43
6.4. Características Clínicas.....	44
7. CONCLUSIONES	47
BIBLIOGRAFÍA	49
ANEXOS	56

Índice de Tablas e Ilustraciones.

Tabla 1. Cronograma	27
Tabla 2. Descripción de la población del estudio (n=50)	34
Tabla 3. Valoración MECV-V (n=41).....	35
Tabla 4. Signos identificados con el MECV-V.	35
Tabla 5. Relación EAT-10 y Familia Refiere problemas con la presencia de DO	36
Tabla 6. Comparativa por sexo y unidad DO, NoDO.....	37
Tabla 7. Relación entre medias de edad DO, NoDO	38
Tabla 8. Diferencias patología principal: diagnostico previo, positivo MECV-V, negativo MECV-V.	38
Tabla 9. Relación de variables MNA, IB y MEC, Do, NoDO.	40
Ilustración 1. Evolución de la población de 65 años y más en España, 1990-2068 ³	2
Ilustración 2. Ciclo continuo. Disfagia, desnutrición, sarcopenia y fragilidad	6
Ilustración 3. Algoritmo corto MECV-V ^{39,40}	12
Ilustración 4. Proyección VFC con residuo faríngeo y penetración a la tráquea ⁴⁷	13
Ilustración 5. Diagrama. Equipo de intervención en DO.....	16
Ilustración 6. Ejemplos de AT para la alimentación ⁶³	22
Ilustración 7. Ejemplos de AT para la alimentación ⁶³	22
Ilustración 8. Vaso con escotadura para DO ⁶³	22

RESUMEN

Introducción: La disfagia es un síndrome geriátrico poco conocido y de los menos diagnosticados. Su alta prevalencia entre las personas mayores hace necesario una detección precoz que ayude a evitar sus complicaciones y mermen la calidad de vida de las personas. Este estudio se ha llevado a cabo en el Centro de día Los Sitios, dentro de las instalaciones de la Fundación La Caridad de Zaragoza durante los meses de octubre a noviembre de 2019.

Objetivos: El objetivo principal de este estudio es llevar a cabo un abordaje de la disfagia orofaríngea desde el departamento de Terapia Ocupacional. Conocer cuantas personas presentan disfagia orofaríngea entre los participantes del estudio, ya sea mediante el diagnóstico previo o mediante la identificación de signos y síntomas relacionados con el Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad. Con el objetivo final de dar pautas desde terapia ocupacional para su identificación y estrategias a los trabajadores del centro, usuarios y familiares.

Metodología: Se llevo a cabo un estudio descriptivo transversal para evaluar las dificultades de la deglución entre los usuarios del Centro de Día. Las variables fueron: diagnóstico previo de disfagia, el test MECV-V, el cuestionario de despistaje de disfagia (EAT-10), variables sociodemográficas y clínicas como la dependencia para las actividades de la vida diaria (Índice de Barthel), el estado nutricional (MNA), el estado cognitivo (MEC) y la patología principal.

Resultados: Se seleccionaron un total de 50 usuarios, edad media 80,04, el 54% eran mujeres y el 42% fueron hombres. Un 18% presentaba un diagnóstico previo de disfagia. Se realizó el MECV-V al resto de usuarios sin DO, se observó que un 29,3% presentaban signos que se identificaban con la disfagia orofaríngea. El ACV y la demencia fueron las patologías que más se hallaron entre las personas con DO. No hubo relación estadísticamente significativa en cuanto a la edad ($p=,625$), estado nutricional ($p=0,639$) y estado cognitivo ($p=,550$). Por el contrario que se encontró significación en cuanto al estado funcional y la aparición de DO ($p=0.022$) y a la percepción de problemas para la deglución por parte de los usuarios sin deterioro cognitivo ($p=0.001$) y a los problemas referidos por parte de la familia ($p=0$).

Conclusiones: Con nuestro trabajo, hemos podido averiguar cuantas personas presentaban disfagia orofaríngea o signos que se identificaban con esta mediante el MECV-V y que se encuentran sin diagnosticar. Además hemos encontrado que aquellas personas con peor estado funcional presentan más riesgo de padecer DO, cabe destacar que no se han encontrado estudios donde se analice la DO entre usuarios de un Centro de Día. Además se ha realizado un folleto informativo para familiares, usuarios y trabajadores implicados en la alimentación de estas personas con el fin de que sepan identificar los síntomas de la disfagia y unas estrategias para llevar a cabo de manera sencilla que eviten las complicaciones. Con el fin último de llevar a cabo un abordaje desde el servicio de terapia ocupacional

Palabras Clave1: Disfagia Orofaríngea, personas mayores, MECV-V.

ABSTRACT

Introduction: Dysphagia is a little-known geriatric syndrome and one of the least-diagnosed. Its high prevalence on older people requires an early detection to help to prevent complications and undermine people's life quality. This study has been carried out on "*Los Sitios*" Day Center, within the facilities of the "*La Caridad*" Foundation of Zaragoza during the months of October to November 2019.

Objectives: The main objective of this study is to approach the Oropharyngeal Dysphagia from the Occupational Therapy department. Know how many people of this study have Oropharyngeal Dysphagia, either by prior diagnosis or by identifying signs and symptoms related to the Volume-Viscosity Clinical Examination Method. And to give some points from occupational therapy for the identification and strategies for the workers of the center, users and family members.

Methodology: A cross-sectional descriptive study was developed to rate swallowing difficulties among Day Center users. The variables were: prior diagnosis of Dysphagia, the MECV-V test, the Dysphagia wear questionnaire (EAT-10), sociodemographic and clinics variables such as dependence on daily life activities (Barthel Index), nutritional status (MNA), the cognitive state (MEC) and the main pathology.

Results: There were selected a total of 50 user, average age 80.04, 54% were women and 42% were men. A 18% had a previous diagnosis of Dysphagia. The MECV-V was performed on all the other users without DO, it was observed that 29.3% had signs identified with oropharyngeal Dysphagia. The ACV and dementia were the most common pathologies between people with DO. There was no statistically significant age ratio ($p=0.625$), nutritional status ($p=0.639$) or cognitive status ($p=0.550$). On the contrary, it was found significant terms of the functional state and the occurrence of DO ($p=0.022$) and the perception of problems for swallowing by users without cognitive impairment ($p=0.001$) and the problems referred by the family ($p=0$).

Conclusions: With our work, we have been able to find out how many people had Oropharyngeal Dysphagia or signs that identified with it through MECV-V who are undiagnosed. In addition we have found out that those with worse functional status have a higher risk of DO, it should be noted that any study have been found that analyze DO among Day center users. In addition, an information leaflet has been made for family members, users and workers involved in the feeding of these people so that they will be able to identify the symptoms of Dysphagia and strategies to carry out in a simple way that avoid complications. With the final goal of approach from the Occupational Therapy Service.

Keywords: Oropharyngeal Dysphagia, old people, MECV-V.

1. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

1.1. Introducción: Proceso de envejecimiento y datos socio demográficos.

El envejecimiento es un proceso complejo, dinámico, continuo e irreversible que afecta a todos los seres vivos. Estos cambios no son lineales ni uniformes. Ningún individuo envejece de la misma manera; incluso en una misma persona los diferentes componentes del organismo envejecen a diferente velocidad ^{1,2}.

Envejecer implica la pérdida progresiva de los sistemas de reserva, lo que determina una mayor vulnerabilidad y una respuesta menos eficaz de los sistemas de defensa del organismo ¹. Además de las pérdidas biológicas, la vejez conlleva también otros cambios psicosociales ². Se reconoce además la existencia de un grupo de cambios condicionados al estilo de vida del sujeto ¹.

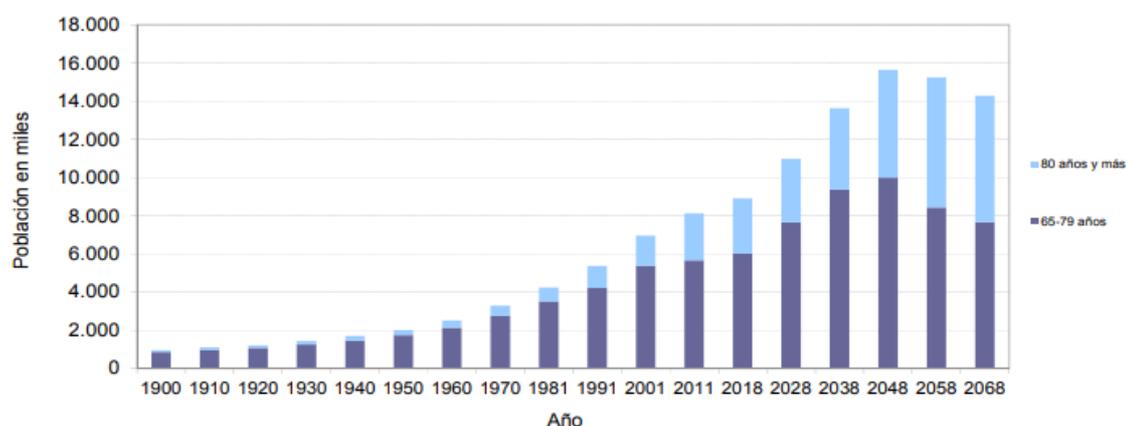
Sin embargo es necesario diferenciar entre el envejecimiento fisiológico y el envejecimiento patológico. El primero se refiere a los cambios inevitables, comunes a todos los individuos de la especie, vinculados a la carga genética familiar e individual. El envejecimiento patológico, hace referencia a las secuelas producidas en el organismo, como consecuencia de las enfermedades previas acumuladas a lo largo de la vida ¹.

La importancia de estos cambios se intensifica por el aumento de la esperanza de vida de las personas de 60 años o más. Entre 2015 y 2050, el porcentaje de los habitantes del planeta mayores de 60 años casi se duplicará, pasando del 12% al 22% según datos de la OMS ². En España, se observa el mismo comportamiento. Así y según los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), a 1 de enero de 2018 había 8.908.151 personas mayores, un 19,1% sobre el total de la población (46.722.980) ³.

La edad media sigue creciendo, aumentando también el número de octogenarios que ya representa el 6,1% del total de la población en España. Se estima que para el 2050 las cifras se hayan duplicado (ilustración 1). Este aumento de la edad, incrementa las tasas de morbilidad hospitalaria y se asocia con un aumento de patologías crónicas³.

Este informe de la OMS sobre el envejecimiento y la salud, presenta un marco de acción para promover el envejecimiento saludable en torno a un nuevo concepto de capacidad funcional. Los mayores tratan de optimizar sus capacidades y compensar la pérdida de algunas habilidades con otras formulas para realizar sus actividades de la vida diaria. De este modo se facilita que sigan realizando las actividades que son significativas para ellas ².

El estado nutricional es básico para que la capacidad funcional no se vea disminuida. La alimentación es la actividad básica de la vida diaria por excelencia para disfrutar de un buen estado de salud, además de ser un componente fundamental en el tratamiento de muchas enfermedades crónicas ⁴.



* De 1900 a 2018 los datos son reales; de 2028 a 2068 se trata de proyecciones.
 Fuente: INE:1900-2011: Censos de Población y vivienda. 2018: Estadística del Padrón Continuo a 1 de enero de 2018. Consulta enero 2019; 2028-2068: Proyecciones de población. Consulta en enero 2019

Ilustración 1. Evolución de la población de 65 años y más en España, 1990-2068³.

1.2. La nutrición humana.

Todos los seres vivos necesitamos alimentarnos y nutrinos para sobrevivir. Nutrirse es el proceso biológico por el cual nuestro organismo obtiene los nutrientes que ingerimos de los diferentes alimentos. Con el fin de proporcionar energía para el crecimiento, el funcionamiento y el mantenimiento de las funciones vitales ⁵.

1.2.1. La nutrición como Actividad de la vida diaria.

Las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) son aquellas que están orientadas al cuidado del propio cuerpo. Son fundamentales para garantizar la supervivencia y el bienestar del individuo. Las ABVD según el marco de trabajo de terapia ocupacional son: Bañarse/ducharse; Aseo personal; Vestido; Cuidado del intestino y vejiga; Aseo e higiene en el inodoro; Movilidad funcional; Cuidado de dispositivos de atención personal; Comer; y Alimentarse ⁶.

El acto de alimentarse consiste en una serie de acciones voluntarias. Incluyen desde la elección y preparación de los alimentos hasta llevarlos a la boca. Por otro lado, comer se define como la acción de mantener los alimentos sólidos o líquidos en la boca y tragarlos ⁶.

Además, en la mayoría de las culturas, comer o tomar algo es un acto con un gran componente social y psicológico, que además nos proporciona placer y disfrute y que está estrechamente relacionado con el estilo de vida de una persona.

Por lo que cualquier alteración en la alimentación, no solo se va a ver afectada la salud física de la persona, sino también la social y la emocional.

1.2.1. Cambios nutricionales en el envejecimiento.

Con la edad, aparecen variaciones fisiológicas que influyen en la nutrición. Estas repercuten en el metabolismo energético y en la capacidad de reserva funcional. Los cambios nutricionales se producen en la composición corporal, en los diferentes órganos (especialmente boca y tubo digestivo) y en el metabolismo ⁷.

Los cambios en la composición corporal conllevan ⁷:

- Disminución progresiva de la talla, especialmente destacada a partir de los 60 años.
- Cambios en el peso corporal: aumenta progresivamente hasta la edad de 40-50 años en los hombres y de 50-60 años en las mujeres. Se estabiliza alrededor de los 70 años y a partir de esta edad, se produce un descenso importante.
- Modificaciones de la composición corporal: aumenta la masa grasa, disminuye la magra, especialmente la muscular y se reduce el tamaño y peso de algunos órganos.

- Disminución del compartimiento hídrico del organismo con dificultades para mantener su equilibrio.

Los cambios en los diferentes órganos, incluyen:

- Alteraciones bucales: disminución de la secreción salival, aumento la sequedad bucal, la atrofia de las papilas gustativas y la pérdida de dientes que disminuyen la capacidad masticatoria.
- Alteraciones en el tubo digestivo, con un enlentecimiento del peristaltismo esofágico y vaciado gástrico.

Los cambios en el metabolismo afectan a: glúcidos, lípidos, proteínas y minerales⁷.

1.2.3. Fases de la deglución normal

Para que haya una nutrición eficaz, necesitamos de una correcta deglución. La deglución es un proceso fisiológico complejo, que requiere de una perfecta coordinación de la musculatura facial, oral, faríngea, respiratoria y digestiva⁸.

El objetivo es el transporte del bolo alimenticio y la protección del tracto respiratorio. Posee una rica inervación en la que actúan 6 pares craneales: Las ramas sensitivas de los pares craneales V, IX y X, y las ramas motoras de pares craneales V, VII, X, XI y XII⁸.

La deglución se divide en tres fases: oral, faríngea y esofágica. La primera es la única que se encuentra bajo control cortical voluntario, mientras que las otras dos son involuntarias:

- Fase Oral:

Se inicia cuando se introduce el alimento en la boca. Mediante la masticación se forma un bolo homogéneo que nos permite una fácil deglución. Posteriormente, se produce la propulsión del mismo, llevándolo de delante hacia atrás, mediante un movimiento lingual posterior y superior. Cuando el alimento, junto con la lengua, toca los pilares anteriores, se desencadena el reflejo de deglución, el cual transporta el bolo hacia la faringe^{8,9}.

- Fase Faríngea:

Se inicia cuando el paladar blando se eleva permitiendo el cierre de la nasofaringe que previene la regurgitación del bolo dentro de esta. A continuación, el hueso hioides se eleva, elevándose también la laringe. La epiglotis cierra la glotis y protege la laringe del paso del alimento a vías respiratorias. Al mismo tiempo, los músculos faríngeos inferiores se contraen y se relaja el musculo Cricofaríngeo, lo que produce la apertura del esfínter esofágico superior (EES). Todo esto hace posible el paso del bolo al esófago, a la vez que impide que este penetre en la vía aérea^{8,9}.

- Fase Esofágica:

Comienza cuando el bolo pasa al esófago. Por los movimientos peristálticos esofágicos y la relajación del esfínter esofágico inferior, que actúa como una válvula que se abre, se realiza el paso del bolo alimenticio al estomago. Finalizado así el proceso de la deglución^{8,9}.

1.3. Alteraciones en la deglución. Disfagia orofaríngea.

1.3.1. Definición y concepto de disfagia orofaríngea.

La Disfagia orofaríngea (DO) es definida como la dificultad, molestia o imposibilidad para tragar o deglutir los alimento tanto líquidos como sólidos. Se produce a la hora de formar y/o mover el bolo alimenticio desde la boca al esófago¹⁰. Está incluida dentro de la clasificación internacional de enfermedades de la Organización Mundial de la Salud CIE-10 (R13)¹¹.

Tiene múltiples etiologías, que presentan una elevada tasa de prevalencia. Entre las que cabe destacar, por un lado las enfermedades neurologías y neurodegenerativas (accidente cerebro vascular, demencias, enfermedad de Parkinson); y por otro, la edad avanzada, que se considera un factor de riesgo por sí misma^{12,13}.

En las personas mayores, otros factores que aumentan el riesgo de padecer DO son: la disfuncionalidad, la sarcopenia, la comorbilidad y la polimedicación¹⁴. La disfagia asociada a la edad, se le conoce también por el termino de presbifagia.

A pesar de ser una afección altamente prevalente en personas mayores y un factor de riesgo para su salud y calidad de vida, la DO no estaba reconocida como un

síndrome geriátrico. Por esto, la Sociedad Europea para los Trastornos de la deglución y la Sociedad de Medicina Geriátrica de la Unión Europea la han incluido como un síndrome geriátrico ¹⁵.

La DO interacciona con otros síndromes geriátricos, como son el deterioro funcional, la fragilidad, el síndrome confusional y el estado nutricional ^{13,14}.

El estado nutricional repercute directamente en la salud de las personas mayores. Está estrechamente ligado al síndrome de fragilidad y al deterioro cognitivo ¹⁶. El riesgo de desnutrición en pacientes con problemas de deglución es alto. En ocasiones las dietas que toman no son las adecuadas y el uso de espesantes es reducido. La DO debe quedar reflejada en la historia clínica de la persona, para poder llevar a cabo las medidas alimenticias necesarias acordes a las necesidades individuales ^{17,18}.

Desnutrición, fragilidad y disfagia son síndromes geriátricos que van de la mano. Ya que el diagnóstico de DO aumenta el riesgo de desnutrición. Lo que conlleva una pérdida de la reserva fisiológica (fragilidad); con un aumento de la sarcopenia que produce una disminución la musculatura orofaríngea (ilustración 2). Todo esto hace que aumente la DO. Siendo un continuo en la pérdida de la capacidad e independencia de la persona ^{14,19}.



Ilustración 2. Ciclo continuo. Disfagia, desnutrición, sarcopenia y fragilidad

1.3.2. Causas y prevalencia de la disfagia orofaríngea.

La DO en el anciano, puede deberse a múltiples etiologías, estas se pueden dividir según sus causas en: alteraciones estructurales o alteraciones funcionales.

a) Alteraciones estructurales:

Afectan la anatomía de la orofaringe y obstaculizan el paso del bolo durante la deglución. Entre las que se incluyen ²⁰:

- *Tumores esofágicos y otorrinológicos*: El 38,5% de personas que padecen este tipo de tumores presentan DO ²¹.

- *Osteofitos cervicales*.

- *Estenosis esofágicas*.

b) Alteraciones funcionales:

Se producen por la alteración en la propulsión del bolo y/o por un enlentecimiento de la velocidad de los reflejos orofaríngeos. Debidos a tres factores: El envejecimiento; enfermedades neurológicas y neurodegenerativas; y alteraciones en la apertura del esfínter esofágico superior ²⁰.

- *Envejecimiento*: Aparece un deterioro en la fisiología orofaríngea con alteración de los reflejos encargados de la deglución ²⁰. La prevalencia en personas mayores que viven de manera independiente oscila entre el 11% y el 23% ^{22, 23}. Por otro lado en personas institucionalizadas, entre un 40% y un 60% presentan alguna dificultad para la deglución ^{13,14,24}. Además los ancianos institucionalizados presentan mayor comorbilidad, menor tono muscular y peor estado nutricional ²⁵.

- *Enfermedades neurológicas y neurodegenerativas*: Estas son muy prevalentes en acianos, siendo la DO una de las comorbilidades de estas patologías ²⁰.

- **Accidente cerebro vascular (ACV)**: La incidencia de DO tras sufrir un ACV ha sido de las más estudiadas. Oscila entre el 37% y el 45% ²⁶. En la fase aguda fluctúa de un 29% a un 65%, dependiendo de la localización de la lesión y decrece un 12% a los tres meses post ACV ²⁷.
- **Enfermedad de Parkinson (EP)**: La prevalencia de DO mediante la realización de pruebas objetivas de diagnóstico, oscila entre el 72% y el 87% ²⁸.

- Enfermedad de Alzheimer (EA) y otras demencias: Las personas con demencia desarrollarán disfagia en algún momento durante el curso clínico de su enfermedad²⁹. Las alteraciones de la conducta alimentaria son múltiples, afectando en sus últimos estadios a más del 70% de los pacientes con demencia³⁰. La prevalencia, ya sea en EA, u otras demencias, oscila entre el 57% y el 84%^{29,31,32}.
- Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) y Esclerosis Múltiple (EM). Alrededor del 86% de los pacientes de ELA presentan alteraciones de la deglución³³. En la EM la prevalencia oscila entre el 34% y el 74% de los pacientes^{34,35}.

- *Alteraciones en la apertura del esfínter esofágico superior:* Como la acalasia de Cricofaríngeo o el divertículo de Zenker²⁰.

1.3.3. Tipos de disfagia orofaríngea.

Según el tipo de alimento que la causa el problema durante la alimentación, se encuentran tres tipos de disfagia: a sólidos, a líquidos o mixta. Como regla general, la disfagia a sólidos indica que hay un problema obstructivo, mientras que la disfagia a líquidos señala que hay una disfagia funcional³⁶.

Según sean las dificultades que presenta la persona durante la deglución, se encuentran dos tipos de alteraciones. Estas se relacionan con la eficacia o con la seguridad al tragar. En ambos casos los problemas en la deglución pueden encontrarse tanto en la fase oral como en la faríngea^{8,9}.

- *Alteración en la eficacia:*

Se produce por debilidad en la musculatura orofaríngea. Tiene una mayor prevalencia en personas mayores. Las complicaciones se relacionan con un mayor riesgo de desnutrición y/o deshidratación. La mayoría de los ancianos que presentan DO con alteración en la eficacia están deshidratados y hasta un 60% de los que están institucionalizados presentan alto riesgo de desnutrición^{14,15,20}.

- *Alteración en la seguridad:*

Se produce por un enlentecimiento de la respuesta motora orofaríngea. Tiene una mayor prevalencia en enfermedades neurodegenerativas y neurológicas. Produce un enlentecimiento del cierre del vestíbulo laríngeo ya que hay una afectación de la

vía sensoria aferente. Las complicaciones por la disminución en la seguridad van a producir atragantamientos con obstrucción de la vía aérea o aspiraciones, causantes de enfermedades respiratorias y neumonías por aspiración^{14,15,20}.

1.3.4. Signos y Síntomas de disfagia orofaríngea

Los Signos y síntomas son variados y difieren dependiendo de las causas. La gravedad de la DO puede ir desde una dificultad moderada de la deglución hasta la imposibilidad total para tragar^{14,20}.

Los signos indicativos de DO son: aumento del tiempo necesario para la ingesta, dificultad en el manejo de las secreciones, duración prolongada de masticación, retención del alimento en la cavidad oral, tos (antes, entre o después de la deglución), carraspeo, voz húmeda y atragantamientos³⁰.

Si diferenciamos entre los dos tipos de alteraciones orofaríngeas relacionadas con la seguridad y con la eficacia durante la deglución, se aprecia que¹²:

- Los signos clínicos relacionados con los problemas en la eficacia son: un incorrecto sello labial, residuos orofaríngeos y deglución por partes o fraccionada.
- Los signos clínicos relacionados con los problemas en la seguridad son: tos, carraspeo, cambios en la voz y desaturación de oxígeno (O₂).

1.3.5. Diagnostico y evaluación de disfagia orofaríngea.

Debido a la complejidad de las condiciones de las personas mayores, se recomienda que se realice una Valoración Geriátrica Integral. Se debe incluir la historia clínica, una exploración física y pruebas complementarias (clínicas e instrumentales). El proceso diagnostico ha de ser multidimensional e interdisciplinar, para desarrollar un plan de tratamiento coordinado con un seguimiento a largo plazo. El objetivo es una identificación precoz de los problemas en la deglución, con el fin de evitar complicaciones³⁷.

a) Historia clínica.

Se debe realizar una historia detallada, en la que aparezca toda la información relevante. Ha de incluir los episodios de atragantamientos e infecciones respiratorias

repetitivas. Asimismo indicar el estado nutricional ³⁶. Habrá que tener en cuenta los fármacos que pueden interaccionar con la aparición de DO, como pueden ser los antidepresivos, neurolépticos, benzodiacepinas, o la combinación entre ellos³⁸.

Es importante conocer bien el diagnóstico etiológico. En la mayoría de los casos son consecuencia de alteraciones en las estructuras anatómicas y/o en los mecanismos fisiológicos implicados en la deglución. Se deberán recoger datos relacionados con la duración, la forma de inicio, la evolución en el tiempo y las consecuencias nutricionales y sociales ³⁹.

b) Exploración física.

- *Valoración cognitiva:* para poder planificar las pautas de tratamiento más adecuadas en función de su colaboración y comprensión ³⁹.

- *Exploración neurológica de los pares craneales implicados en la deglución:* la movilidad y simetría de la cara y los labios; la protrusión, movilidad y fuerza de la lengua; la sensibilidad oral; la capacidad de manejo de las secreciones; y la capacidad de toser voluntariamente. Además se realiza una exploración de los reflejos orales: el reflejo tusígeno, el reflejo nauseoso, y el reflejo palatino ^{39,40}.

- *Examen de la cabeza, cara y la postura:* examen de los gestos faciales, el cuello, la posición de la cabeza y del tronco y de la postura ⁴⁰.

- *Exploración de la cavidad oral:* Se valorará la movilidad labial, la apertura y cierre de la boca, el sello labial, la capacidad de masticación, la ausencia de piezas dentarias y la presencia de restos orales. Además de cualquier alteración de la anatomía o fisiología de la misma ^{39,40}.

- *Maniobra de palpación externa:* Es una sencilla maniobra que ayuda a realizar una mejor valoración de la deglución: el explorador debe colocar su mano con los dedos extendidos debajo del mentón del paciente. El dedo índice debajo de la mandíbula, el del medio en el hueso hioides, y el anular y meñique en la parte superior e inferior respectivamente del cartílago tiroides (no se debe hacer presión pero sí una discreta fuerza para valorar el movimiento de la mandíbula, hioides y de la laringe durante la deglución). Es especialmente útil en la valoración de disfagia neurógena con retraso en el inicio del reflejo deglutorio (por ej., secundaria a ACV y en las fases avanzadas de la enfermedad de Parkinson) ³⁹.

c) Test cribado de disfagia (EAT-10).

El Eating Assessment Tool-10 (EAT-10) es un instrumento analógico verbal, unidimensional y autoadministrado, para el despistaje de la disfagia. Consiste en un cuestionario de 10 preguntas (Anexo 1). El paciente debe responder a cada pregunta de forma subjetiva en una escala de cinco puntos (0-4 puntos), en la que cero indica la ausencia del problema y cuatro que considera que se trata de un problema serio ^{41,42}. Un puntaje en el EAT-10 de 3 o más debería considerarse anormal y han de ser considerados para una evaluación clínica adicional ⁴³.

Su administración es rápida, en menos de 5 minutos, con el paciente solo o en presencia de algún personal implicado en su cuidado. Es de bajo coste y fácil de entender y de obtener resultados. Es una herramienta útil tanto en medio hospitalario como en residencias de personas mayores y en Atención Primaria. Permite detectar las primeras fases de disfagia con el fin de realizar una valoración posterior ^{41,42,43}.

d) Prueba complementaria clínica (MECV-V).

El método de exploración clínica o prueba de deglución volumen-viscosidad (MECV-V) es una técnica ideada por el grupo de trabajo del Dr. Pere Clavé, validada en varios países, incluido España ³⁹.

Permite identificar a los pacientes con disfagia orofaríngea y seleccionar a aquellos que se deben estudiar mediante videofluoroscopia (VFC), así como facilitar la selección del volumen y viscosidad más apropiados para las personas que no pueden someterse con facilidad a una VFC^{43,44}.

El MECV-V, se diseñó con la intención de identificar los signos clínicos relacionados con: la pérdida de la eficacia en la deglución (correcto sello labial, presencia de residuos orales o faríngeos y deglución fragmentada); y con los signos relacionados con la pérdida en la seguridad durante la deglución (cambios de la voz, tos y disminución de la saturación de O₂ ≥ 3) ^{43,44,45}.

Se realiza administrando al paciente bolos de viscosidad y volumen diferentes y observando sus reacciones (ilustración 3). La gama de volúmenes son de 5, 10 y 20 ml. y la gama de viscosidades son líquido, néctar y pudding. Para garantizar la seguridad de los pacientes, la prueba se inicia con viscosidad del néctar y volúmenes crecientes con una dificultad progresiva. Si el paciente logra completar la serie del néctar sin síntomas importantes de aspiración, se valora una serie de líquidos con

viscosidad menos segura. Si el paciente presenta signos de compromiso de la seguridad con la viscosidad del néctar, la serie se interrumpe, se omite la serie de líquidos y se valora la de viscosidad más segura, la tipo pudín. Si el paciente muestra signos de compromiso con la viscosidad líquida, la serie de líquidos se interrumpe y se valora la de pudín^{44,45}. Es posible agregar dos viscosidades adicionales (consistencia conservadora para alimentación a cucharadas y consistencia miel), al final del algoritmo del MECV-V, con el objetivo de determinar la cantidad mínima de espesante que se requiere para permitir una deglución segura y efectiva⁴⁴.

Es un buen instrumento de valoración para poblaciones de alto riesgo, como pacientes de edad avanzada, ingresados en hospitales generales, usuarios de residencias de ancianos y pacientes con enfermedades neurológicas⁴⁴.

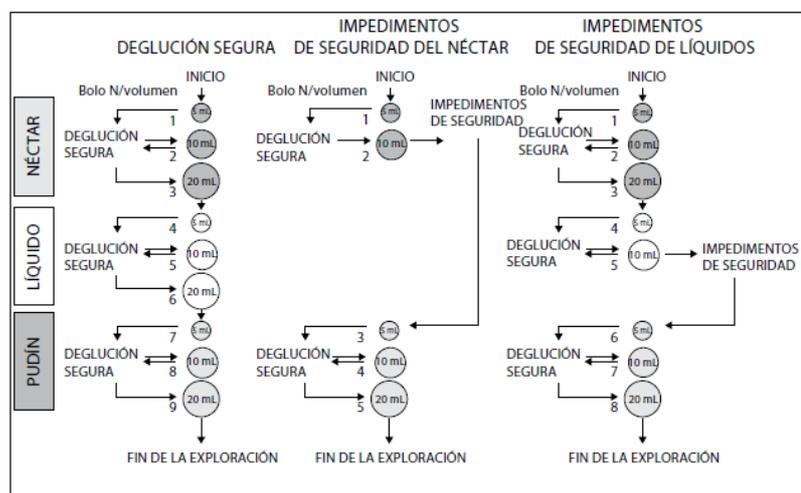


Ilustración 3. Algoritmo corto MECV-V^{39,40}

e) Prueba complementaria instrumental. Videofluoroscopia.

La videofluoroscopia (VFS) es la técnica por excelencia para estudiar los mecanismos orofaríngeos de la deglución. La VFS es una exploración radiológica y dinámica que permite identificar las principales alteraciones de la deglución⁴⁶ (ilustración 4).

Los requisitos técnicos para realizar una VFS son simples: un tubo RX con escopia y un registrador de video. Estos están disponibles en la mayoría de nuestros centros sanitarios. Además, se han desarrollado diferentes métodos de análisis asistido por ordenador que permiten obtener mediciones cuantitativas espaciales y temporales de la respuesta motora orofaríngea⁴⁶.

Se lleva a cabo administrando diferentes texturas, tanto solidas como liquidas, para identificar los alimentos y los líquidos que permiten un consumo oral seguro y eficiente. Los objetivos de la VFC son: evaluar la eficacia y la seguridad durante la deglución; tipificar las alteraciones de la deglución; evaluar la eficacia de los tratamientos; y obtener datos cuantitativos de la biomecánica orofaríngea^{47,48}.

El principal signo de alteración de la seguridad durante la deglución que se aprecia durante la VFS son^{37,46,48}:

- Penetraciones de contraste en el vestíbulo laríngeo
- Aspiraciones de contraste que atraviesan las cuerdas vocales y entran en la vía aérea.

Por todo esto, se establece la utilidad clínica de la VFC. Ya que permite demostrar la alta frecuencia con la que se producen alteraciones de la deglución, tanto en la fase oral como en la faríngea. Además permite identificar en un 90% de los casos, las aspiraciones durante la fase faríngea, siendo un 40% de estas aspiraciones silentes, que no pueden ser identificadas clínicamente y por tanto sólo son diagnosticables mediante la aplicación de esta técnica⁴⁶.

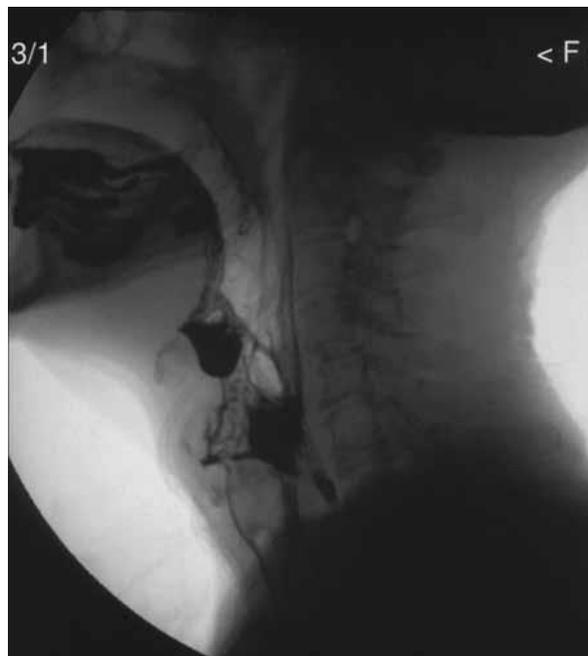


Ilustración 4. Proyección VFC con residuo faríngeo y penetración a la tráquea⁴⁷.

1.3.6. Complicaciones de la Disfagia Orofaringea

a) Neumonía aspirativa

Se habla de neumonía aspirativa (NA) cuando hay evidencia radiológica de condensación pulmonar. Está causada por el paso de una cantidad importante de secreciones contaminadas por bacterias patógenas ^{49,50}. La NA representa entre el 5% y el 24% de las neumonías adquiridas, afecta especialmente a personas mayores y produce una elevada mortalidad ⁵¹.

Existe un porcentaje nada despreciable de NA causadas por aspiraciones silentes, hasta el 40% , no se acompañan de tos, por lo que pueden pasar inadvertidas y que posiblemente podrían explicar una mayor incidencia de NA en ancianos ^{36,49}.

La fisiopatología de la NA requiere la existencia de los tres elementos siguientes:

- Colonización orofaríngea por patógenos respiratorios.
- DO con alteración de la seguridad y aspiración orofaríngea.
- Un individuo vulnerable, inmunocomprometido, anciano o frágil. Los ancianos institucionalizados y en especial los denominados «frágiles», son los que presentan mayor riesgo. Se ha observado una incidencia 10 veces superior que en ancianos no institucionalizados, acompañado además de una mayor mortalidad. ^{50,51}

Hay una relación estadísticamente significativa entre infección respiratoria y disfagia. Ante cualquier infección respiratoria en ancianos, se debe descartar la presencia de DO. Además la NA supone un criterio de mortalidad en demencias ⁵².

b) Desnutrición y deshidratación

Otras de las complicaciones que padecen las personas con DO son la desnutrición y la deshidratación, presente en un 25% al 75% de los casos. Principalmente causado cuando hay una alteración en la eficacia de la deglución ⁵³.

La desnutrición y la deshidratación, pueden ocasionar diferentes alteraciones que influyen de manera negativa en la salud de las personas con DO.

- *Desnutrición:*

La desnutrición relacionada con la DO, está causada en la mayoría de los casos por la debilidad de la musculatura orofaríngea que disminuyen las fuerzas de

propulsión del bolo. Hasta el 30% de los pacientes neurológicos y hasta el 55% de los pacientes mayores frágiles con disfagia presentan o están en riesgo de desnutrición. Con una fuerte relación entre la gravedad de la disfagia y la incidencia de desnutrición⁵³.

Todas las personas mayores con DO necesitan una evaluación nutricional. Existen varias herramientas desarrolladas para evaluar el estado nutricional. El Mini Nutritional Assessment (MNA) es una herramienta simple y rápida para identificar a las personas mayores que se encuentran malnutridas o en riesgo de malnutrición. Identifica el riesgo de desnutrición antes de que ocurran cambios graves en el peso o en las concentraciones séricas de proteínas⁵⁴.

Se compone de 18 ítems que cubren la evaluación antropométrica (peso, altura y pérdida de peso), evaluación general (estilo de vida, medicamentos y movilidad), evaluación dietética (número de comidas, alimentos e ingesta de líquidos), nivel de autonomía y auto percepción de salud y nutrición. La primera parte del cuestionario consta de un cribaje, si en este apartado se obtiene una suma igual o inferior a 11, se recomienda realizar la otra parte del cuestionario para obtener una visión más precisa del problema⁵⁴.

- Deshidratación

La deshidratación, es un problema importante en las personas mayores. Es una complicación frecuente de DO en pacientes de edad avanzada con alteración en la eficiencia^{15,53}. La ingesta restringida de líquidos debido a la DO provoca un desequilibrio de los fluidos corporales. La deshidratación es uno de los diez diagnósticos más comunes en el ingreso hospitalario de personas mayores. La hidratación en pacientes con DO debe ser monitoreada para evitar complicaciones¹⁵.

1.3.7. Intervención en Disfagia Orofaríngea

El objetivo de la intervención es: mejorar el estado nutricional; evitar las complicaciones; disminuir la morbimortalidad; y mantener la alimentación por vía oral. Mediante la identificación temprana y el conocimiento de las características personales, se desarrollarán estrategias para una deglución segura y eficaz^{30,37}.

El tratamiento de la disfagia es sencillo, coste-efectivo y si se aplica a tiempo pueden evitarse un gran número de complicaciones que pueden tener un impacto muy negativo en la salud y la calidad de vida¹⁵.

Una intervención precoz es esencial para prevenir las complicaciones de la DO. Es necesario un abordaje multidisciplinar, para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la DO y debe estar formado por distintos profesionales implicados en la deglución del paciente ⁵⁵(ilustración 5). Este abordaje multidisciplinar permite optimizar los recursos y conocimientos de los diferentes profesionales y trabajar de manera continua para conseguir los objetivos ⁴⁰.



Ilustración 5. Diagrama. Equipo de intervención en DO.

La mejor práctica clínica actual consiste en la selección del tratamiento en función de la severidad de las alteraciones en la eficacia y seguridad, previamente identificadas ³²:

- Pacientes con leve alteración de la eficacia y con una correcta seguridad: continuar con una dieta libre.
- Pacientes con alteraciones moderadas: cambios destinados a disminuir el volumen e incrementar la viscosidad del bolo.
- Pacientes con alteraciones severas: aumento de la viscosidad y realización de técnicas posturales, maniobras activas e incremento sensorial oral.
- Pacientes con alteraciones muy graves: cuando no es posible tratarlas mediante la aplicación de las técnicas anteriores y en los cuales la vía oral no es posible. En estos casos es necesario colocar una gastrostomía endoscópica percutánea (PEG). Está indicada en pacientes con enfermedades crónicas o progresivas con

disminución de la eficacia y seguridad de la deglución, que previsiblemente se prolongará más de 6-8 semanas (siempre que la esperanza de vida sea de al menos 3 meses). La alimentación por sonda nasogástrica (SNG) sólo está justificada en pacientes con disfagia aguda que puede evolucionar favorablemente en un período inferior a 2 meses. Está totalmente desaconsejada la utilización de la SNG en pacientes con enfermedades crónicas o progresivas en los que va a evitarse la vía oral por un período superior a 2 meses.

- e) En casos extremos en los que el paciente continúa aspirando secreciones orofaríngeas, se debe considerar una inyección de toxina botulínica a las glándulas salivales o, en última instancia, una separación laringotraqueal.

- Estrategia de intervención en 5 puntos.

Estas técnicas para mejorar la alimentación en personas con disfagia pueden aplicarse secuencialmente en el tratamiento de cada paciente. Entre las que se incluyen: Estrategias posturales; Variaciones de la dieta; Estrategias de incremento sensorial oral; Tratamiento de las praxias neuromusculares; y Maniobras deglutorias específicas^{9,15,30,39,40}.

1. Estrategias posturales.

Fáciles de adquirir, no fatigan y permiten modificar las dimensiones de la orofaringe y así como de la vía que debe seguir el bolo. La flexión anterior del cuello protege la vía respiratoria; la flexión posterior facilita el drenaje gravitatorio y mejora la velocidad de tránsito oral; la rotación de la cabeza hacia el lado paralizado dirige la comida al lado sano, aumenta la eficacia del tránsito faríngeo y facilita la apertura del EES. En caso de persona encamada la deglución en decúbito lateral o supino protege la aspiración de residuos hipofaríngeos^{9,30,39,56}.

2. Modificación de la dieta.

Es la estrategia de intervención más importante. Asegura un buen estado nutricional y una seguridad para alimentarse. Se recomiendan alimentos triturados, blandos o de fácil masticación, según las necesidades individuales⁴⁰. Los alimentos compactos son más fáciles de controlar en la boca y de tragar. Deben evitarse los aquellos con alto riesgo de atragantamiento. Es importante que los alimentos tengan un gran número de nutrientes para cubrir las necesidades nutricionales en menos

volumen. Por ello se recomienda enriquecer los alimentos⁵⁷. Los suplementos nutricionales orales tienen por objetivo mejorar el estado nutricional, aumentar el consumo total de nutrientes y mantener o recuperar la capacidad funcional⁵⁸.

Los cambios en el volumen y viscosidad de los líquidos, es especialmente importante para asegurarse de que los pacientes con DO estén adecuadamente hidratados sin que presenten aspiraciones. Es la estrategia terapéutica más fácil de aplicar en los pacientes ancianos. La prevalencia de penetraciones y aspiraciones es mayor con los líquidos y disminuye con bolos de mayor viscosidad³⁰.

Para modificar la viscosidad de los líquidos se utilizan los espesantes comerciales. Se deben seguir las instrucciones del fabricante, pero en la práctica diaria es importante que el paciente y sus cuidadores sepan identificar las características de cada viscosidad y el comportamiento del espesante sobre los diferentes alimentos. Los tipos de texturas de líquidos se pueden agrupar según la consistencia que adquieren: líquido Claro, textura néctar, textura miel y textura pudín^{40,57}.

Como contra, cabe destacar que existe un bajo cumplimiento de la ingesta de espesante debido a varias causas como son: la falta de conocimiento de la DO y sus consecuencias, así como la baja aceptación de la textura recomendada en la dieta diaria del paciente⁵⁵.

3. Estrategias de incremento sensorial oral.

Especialmente útiles en pacientes con apraxia o alteraciones de la sensibilidad oral (muy frecuente en ancianos). La mayoría de estrategias de incremento sensorial comprenden la estimulación mecánica de la lengua, modificaciones del bolo (volumen, temperatura y sabor) o la estimulación mecánica de los pilares faríngeos. Utilizar sabores ácidos, como el del limón o la lima, o sustancias frías como helados o hielo, ya que desencadenan el mecanismo de la deglución^{30,35}.

4. Praxias neuromusculares.

Tienen como objetivo mejorar la fisiología de la deglución, el tono muscular, la sensibilidad, la motricidad de las estructuras orales y la musculatura suprahioidea. Mediante técnicas de facilitación neuromotriz, destinadas a potenciar la funcionalidad de la musculatura afectada. Basados en ejercicios de estimulación, estiramientos, manipulación y resistencia^{9,30,40}.

5. Maniobras deglutorias específicas.

Dirigidas a compensar alteraciones biomecánicas concretas. El paciente debe ser capaz de aprenderlas y realizarlas de forma automática. Las más importantes son la deglución supraglótica, la súper/supraglótica, la deglución de esfuerzo o forzada, la doble deglución y la maniobra de Mendelsohn^{9,30,39,40}.

- Intervención Mínima-Masiva:

El protocolo de abordaje a la disfagia en personas mayores, denominado Intervención Mínima-Masiva (IMM) tiene como objetivo tratar el máximo número de ancianos con DO con medidas simples y económicas^{15,19}.

Mínima: Pretende de manera sencilla intervenir sobre los tres factores de desarrollo de la NA. y *Masiva:* Pretende ser aplicado a todos los pacientes ancianos con DO^{59,60}.

Está basada en 3 puntos principales: 1) Evaluación clínica de la DO mediante el MECV-V.; 2) Evaluación nutricional; 3) Evaluación de la higiene oral y el estado de salud.

La intervención consiste en:

- 1) Adaptación de fluidos según los resultados del MECV-V. Con el objetivo de evitar aspiraciones.
- 2) Soporte nutricional acorde con el MNA y adaptación de los alimentos (dietas especiales y suplementos nutricionales). Con el fin de mejorando el estado nutricional.
- 3) Cuidado en la Higiene Oral: Técnica de Bass modificada, enjuagues bucales, limpieza de prótesis dentales, etc. Con el objetivo de evitar o reducir la colonización de patógenos respiratorios.

^{15,59,60}

Los resultados de la IMM sugieren que es un método compensatorio simple y efectivo y que puede ser de gran relevancia en las personas mayores con DO con el fin de evitar las complicaciones y mejorar la clínica^{15,59,60}. La IMM causó una mejora significativa en el estado funcional y nutricional y la calidad de vida percibida y una disminución significativa en las readmisiones hospitalarias⁵⁹.

1.3.8. Alteraciones en la alimentación y Terapia ocupacional.

Según la definición que establece la *American Occupational Therapy Association* (AOTA) en 1986: «Terapia ocupacional (TO) es el uso terapéutico de las actividades de cuidado, trabajo y juego para incrementar la independencia funcional, aumentar el desarrollo y prevenir la incapacidad; puede incluir la adaptación de tareas o del entorno para alcanzar la máxima independencia y para aumentar la calidad de vida.»

Los objetivos más importantes que persigue la TO son ⁶¹:

1) Prevenir y/o disminuir las discapacidades y obstáculos que aparecen como consecuencia de trastornos físicos, psíquicos, sensoriales o sociales, que impiden que la persona se desenvuelva con independencia en su medio.

2) Restaurar la función perdida mejorando las capacidades residuales y realizando la adaptación del medio a las necesidades de la persona.

Según el marco de trabajo de la terapia ocupacional, las áreas de ocupación son: Actividades de la vida diaria (AVD); Actividades instrumentales de la vida diaria; Descanso y sueño; Trabajo; Educación; Juego; Ocio/Tiempo libre; y Participación social ⁶.

Dentro de las tareas de autocuidado incluidas en las AVD, la alimentación, puede verse afectada por determinadas patologías, momentos vitales o circunstanciales, que además tienen implicaciones en la participación social del individuo. Los T.O. poseen la educación, experiencia, conocimientos y habilidades necesarias para realizar la evaluación y la intervención de las alteraciones en la alimentación, comida y deglución ⁶².

La valoración de T.O. deben incluir:

- El grado de independencia, mediante pruebas de valoraciones funcionales.
- Estado cognitivo/perceptual: habilidad para seguir directrices, motivación, seguridad, resolución de problemas, memoria, atención, etc.
- Estado de la extremidad superior: rango articular, fuerza muscular, dominancia de la mano, coordinación y motricidad fina y gruesa.
- Capacidad para coger objetos y el uso de los utensilios empleados para la comida o la bebida.

- Valoración de la musculatura facial y orofaríngea; estado de la cavidad bucal y capacidad masticatoria; valoración de pares craneales; habilidades sensoriales orales; y planteamiento motor.
- Capacidad de resistencia.
- Equilibrio en sedestación y posicionamiento del cuerpo.

61-62

Mediante la intervención centrada en la persona y en sus ocupaciones, se pretende capacitarla para que consiga el mayor grado de independencia posible en su vida diaria ⁶¹. Además de facilitar participación en las actividades relacionadas con la alimentación y con la comida que son importantes para ella ⁶².

Los T.O intervienen en la reeducación, el reentrenamiento o la adaptación para compensar los déficits en el rendimiento funcional. Además el T.O podrá crear y/o recomendar dispositivos de mejora como las ayudas técnicas (AT) para la alimentación ⁶².

Las AT para comer son dispositivos que capacitan a muchas personas, especialmente a las que presentan movilidad restringida en uno o en los dos miembros superiores, para poder comer y beber, así como prepararse los alimentos y servirlos. Entre las AT que ayudan al individuo en la actividad de alimentarse encontramos cubiertos, platos, vasos y tazas y otras adaptaciones ⁶³ (ilustraciones 6 y 7).

Cabe destacar entre las AT un vaso con boquilla especial diseñado para facilitar la ingesta de líquidos en personas con disfagia. Presenta una forma más ancha por la parte superior con una escotadura, que permite introducir la nariz al beber de manera que se puede vaciar su contenido sin tener que inclinar la cabeza hacia atrás y teniendo la mandíbula estabilizada. Permite tomar el líquido, con o sin espesante, con mucho más éxito y menor riesgo de atragantamiento ^{40,63} (ilustración 8).

Como inconveniente encontramos una limitada cobertura en el manejo específico de la disfagia en la educación formal de los T.O. El papel del T.O. en el tratamiento de pacientes con DO se basa en el marco de referencia y en la base educativa del terapeuta. Con una mayor demanda en los servicios de disfagia, se ha creado una situación que fomenta la adquisición de conocimientos adicionales a través de la formación continua ⁶⁴. Actualmente, ninguna disciplina profesional tiene un programa de certificación conocido para el manejo de la disfagia, recayendo este entre

diferentes profesionales como médicos, logopedas, fisioterapeutas y en menor medida terapeutas ocupacionales.



Ilustración 6. Ejemplos de AT para la alimentación⁶³.



Ilustración 7. Ejemplos de AT para la alimentación⁶³.



Ilustración 8. Vaso con escotadura para DO⁶³.

1.3.9. Recursos para personas mayores.

Son muchas las personas mayores que viven en residencias de ancianos o que son usuarias de los centros de día.

Los Centros de Día (CD) son recursos orientados principalmente para ancianos, ofrecen diversos servicios de asistencia a cargo de un equipo multidisciplinar. La atención diurna es integral y personalizada y posibilita que los usuarios puedan continuar viviendo en su domicilio. En ocasiones se consideran un recurso intermedio entre el domicilio y las residencias de ancianos.

Entre las actividades que ofertan se pueden encontrar: la referida a la rehabilitación y mantenimiento de las funciones (terapia ocupacional, fisioterapia, logopeda, etc.) y la referida al cuidado y apoyo en las actividades de la vida diaria (aseo, ducha, baño, comida, etc.). Por lo que cobra especial importancia adecuar al personal implicado en el cuidado de las personas usuarias, información y pautas sobre el manejo y complicaciones asociadas a los problemas en la alimentación. Cabe destacar que en los centros de día, las personas realizarán al menos una comida en sus domicilios por lo que también hay que ofrecer esta información a familias y cuidadores.

La ciudad de Zaragoza cuenta con una amplia oferta de CD tanto públicos como privados. El Centro de Día "Los Sitios" ubicado dentro de las instalaciones de la "Fundación la Caridad" ofrece una atención y un tratamiento específico, tanto a nivel individual como grupal. Va dirigido a personas mayores con deterioro orgánico propio de la edad, así como para personas con enfermedades neurológicas (E.A. y otras demencias, E.P., etc.) y personas con patologías físicas. Oferta unas 120 plazas, las cuales se dividen en tres espacios: Centro de Día Neuropsiquiátrico (CDP), Unidad de deterioro cognitivo leve y demencias iniciales (UDCL-DI) y la Unidad de prevención y envejecimiento activo (UPEA).

2. HIPÓTESIS

- Podremos identificar casos de personas con síntomas identificativos de DO sin diagnosticar.
- Los adultos mayores son capaces de identificar los problemas en la deglución mediante el cuestionario EAT-10.
- Las personas mayores de más edad tienen mayor riesgo de DO que los menos edad.
- Las personas con positivo en DO presentarán mayor riesgo o estado de malnutrición en comparación con las que no presentan DO.
- Los usuarios con peor estado funcional tendrán más riesgo de DO.
- Las personas con positivo en DO presentarán un peor estado cognitivo.

3. OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES

- ❖ Identificar el número de usuarios del Centro de Día Los Sitios de Zaragoza que padecen signos de DO mediante el método de exploración clínica volumen viscosidad.
- ❖ Introducir la figura del terapeuta ocupacional en el abordaje de la disfagia orofaríngea.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Realizar un cribado con el cuestionario EAT-10 en los usuarios de UPEA y ver si los resultados coinciden con los positivos en DO (diagnostico previo + identificados con el MECV-V).
2. Conocer cuántos usuarios del CD ya estaban diagnosticados con DO.
3. Conocer si el método MECV-V es válido para identificar problemas en la deglución en los usuarios del centro de día.
4. Detectar a aquellos usuarios con riesgo de malnutrición mediante el cribado del cuestionario MNA.
5. Detectar si los familiares son capaces de reconocer los problemas en la deglución y ver si los resultados coinciden con los positivos en DO .
6. Identificar las principales patologías que se asocian a la DO y conocer cuál es la más común entre los usuarios.
7. Detectar el signo de DO más común entre los positivos en el MECV-V.
8. Conocer en que unidad del centro hay más casos de DO.
9. Proporcionar información a los usuarios y/o familiares de las personas con positivo en DO.
10. Realizar un folleto informativo de DO para los trabajadores, usuarios y las familias desde el servicio de terapia ocupacional.

4. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1. Diseño del estudio

Se ha realizado un Estudio descriptivo, en personas mayores de 65 años, usuarias de un Centro de Día. El objetivo ha sido identificar a aquellos usuarios que presentan alteraciones en la deglución mediante el método de exploración clínica Volumen-Viscosidad (MECV-V). Posteriormente, se ha relacionado estas alteraciones con la patología principal, el estado nutricional, funcional y cognitivo.

4.2. Contexto geográfico y temporal

El estudio se ha llevado a cabo en el Centro de Día los Sitios de Zaragoza, (Fundación la Caridad), Entidad sin ánimo de lucro que gestiona junto a la geriatría otras áreas como infancia y salud mental. El estudio se llevó a cabo durante los meses de octubre a noviembre de 2019, en los tres niveles asistenciales que ofrece el centro desde la prevención al tratamiento. La división de las tres unidades está establecida según niveles cognitivos.

1. Unidad de prevención y envejecimiento activo (UPEA).
2. Unidad de deterioro cognitivo leve y demencias iniciales (UDCL-DI).
3. Centro de Día Psicogeriátrico (CDP).

CRONOGRAMA

La distribución de los pasos a seguir tras la aprobación del CEICA fue la siguiente: (Tabla 1)

1. Cribado y selección de los usuarios que van a participar en el estudio.
2. Inclusión de todos aquellos participantes que firmaron el consentimiento informado.
3. Valoración a los participantes del estudio.
4. Revisión de las Historias Clínicas para correlacionar las variables.
5. Análisis de los datos.
6. Folleto informativo con establecimiento de pautas y recomendaciones (anexo 2).

Tabla 1. Cronograma

	Abril	Mayo	Junio	Julio	Septiembre	Octubre	Noviembre
Búsqueda bibliográfica							
Objetivos y metodología							
Aprobación del CEICA							
Valoraciones y recogida de datos							
Análisis de los datos							
Tabla que refleja los pasos que se siguieron para la realización del estudio.							

4.3. Población (muestra): Criterios de inclusión y exclusión.

La primera muestra fueron de 90 casos, usuarios del CD Los sitios. Se seleccionaron a aquellos usuarios que en el periodo de tiempo en el cual se envió el consentimiento informado asistían diariamente al CD.

Los criterios de inclusión fueron: Personas mayores de 65 años que asisten diariamente al CD, a cualquiera de las tres unidades, que además firmaran el consentimiento informado.

Los criterios de exclusión fueron: Ser menor de 65 años y no firmar el consentimiento informado.

Finalmente 58 usuarios firmaron el consentimiento informado. De los cuales 8 fueron bajas por distintas causas del CD antes de comenzar con las valoraciones. Por lo que finalmente fueron un total de 50 usuarios lo que se incluyeron en el estudio.

Entre las 32 causas de abandono de los usuarios, encontramos que 7 expresaron su deseo de no participar y el resto no devolvieron la carta con el consentimiento informado.

4.4. Consentimiento para la realización del estudio.

Para poder llevar a cabo el estudio, se solicitó un permiso al director de la Fundación la Caridad, como entidad titular del Centro de Día Los Sitios de Zaragoza (anexo 3).

Posteriormente se procedió a solicitar la aprobación por parte del CEICA, el cual mostro su informe valorable el 23/10/2019 (anexo 4).

Para obtener el consentimiento de los participantes del estudio, se realizaron dos modalidades de carta informativa, una dirigida a los participantes de UPEA, ya que son capaces de firmar y contestar por sí mismos y otra para los familiares del resto de las unidades del centro, UDCL-DI y CDP, ya que por su estado cognitivo, serán los familiares los encargados de responder al cuestionario y firmar el consentimiento informado. Estas cartas incluían una presentación donde se explicaba el motivo de la presente, el documento de información para el participante y/o familiares, el consentimiento informado y una copia adaptada del MNA, para facilitar la cumplimentación, que sigue las directrices de la guía (anexos 5, 6, 7, 8).

4.5. Acceso y recogida de información.

Para la realización del estudio se elaboró un protocolo de recogida de información en el cual se incluyeron: herramientas y escalas de valoración y datos de la historia clínica personal que dispone el CD. Los datos se recogieron de diferentes maneras teniendo en cuenta la unidad:

A todos los participantes se les paso el cribado del MNA y el test de exploración de la deglución MECV-V.

Además a los participantes de UPEA, por ser susceptibles a esta valoración, se les pasó el cuestionario para el despistaje de disfagia EAT-10.

A continuación, en el apartado Variables, se aportará información detallada sobre las herramientas de valoración.

4.6. Variables del estudio

4.6.1. Variables Sociodemográficas:

- **Sexo:** Mujer/Hombre.

- **Edad:** variable de obtención directa que refleja la edad en años del paciente en el momento en que se le hizo el test. Para su análisis estadístico se trató como variable

cuantitativa. Se tomó la media con la desviación estándar y la edad mínima y máxima de la muestra.

-Unidad: Según la unidad a la que pertenezca cada participante (UPEA, UDCL-DI, CDP). Esta variable se trató de manera cualitativa para la descripción de la muestra.

4.6.2. Variables Clínicas:

- **Escala EAT-10 para el despistaje de la disfagia**⁴¹⁻⁴²: Auto percepción sobre los problemas de la deglución (anexo 1). Se realizó a los participantes de la unidad UPEA ya que no presentaban deterioro cognitivo. El procedimiento consiste en contestar a las preguntas del cuestionario relacionadas con los problemas en la deglución. Este test incluye tanto los problemas para deglutir sólidos como líquidos. Una puntuación igual o mayor a 3 se considera que la persona percibe problemas para deglutir.

EL EAT-10 es una escala con una excelente consistencia interna, buena reproducibilidad y validez. Como limitación se debe considerar que no es una herramienta adecuada para el despistaje de la disfagia en pacientes con deterioro cognitivo, ya que se requiere de la colaboración del paciente y de que éste pueda comunicar los síntomas sobre los que se le pregunta^{41,42,43}.

- **Percepción de los familiares sobre problemas en la deglución.** Ante la imposibilidad de pasar la escala autopercebida EAT-10 a los participantes de UDCL-DI y CDP, en la carta informativa, se incluía la pregunta *¿Presenta problemas para masticar y/o tragar? SI o NO*. Esta variable se trató de manera cualitativa, *Si refieren problemas /No refieren problemas*.

- **Test de exploración de la deglución, MÉTODO DE EXPLORACIÓN CLÍNICA VOLUMEN VISCOSIDAD (MECV-V)**⁴⁴.

Se realizó la prueba MECV-V a todos los usuarios que habían firmado el consentimiento informado excepto a aquellos que previamente tenían un diagnóstico de disfagia. La realización del MECV-V, se llevó a cabo con el usuario en sedestación y siempre que las condiciones clínicas lo permitía y monitorización de la saturación de O₂.

Se administraron bolos de 10 y 20 ml, con viscosidades néctar y líquida (agua), obtenido mediante la mezcla de agua + espesante. Se inició la prueba con la viscosidad néctar. En cada ocasión se registró si se producían signos de compromiso de la seguridad (carraspeo, tos, descenso de la saturación basal de O₂ \geq 3% y/o cambios de voz) o signos de compromiso de la eficacia (sello labial ineficaz, residuos orofaríngeos y deglución fraccionada). Si la prueba con consistencia néctar no se apreciaban alteraciones, se procedía a la consistencia líquida y si en esta no aparecían alteraciones se finalizaba la prueba.

Si se encontraba algún signo de compromiso de la seguridad o eficacia no se siguió con la prueba ni con un volumen mayor ni con viscosidad inferior. Y se determinó que la prueba era positiva.

El MECV-V presentó una alta sensibilidad diagnóstica y un alto valor predictivo para detectar la DO, tanto en las dificultades en la seguridad como en la eficacia de la deglución. Además es capaz de detectar si un paciente mejora con el uso de espesantes. La sensibilidad de estas pruebas varía del 41% al 100% y la especificidad del 57% al 82%. El alto valor predictivo del MECV-V, permite seleccionar a los pacientes en riesgo de complicaciones respiratorias o nutricionales. Por el contrario, la especificidad para detectar las aspiraciones es baja, la prueba no puede diferenciar claramente entre aspiraciones y penetraciones y se necesita un estudio instrumental (VFC) para discriminar entre los dos signos de seguridad deteriorados⁴⁴.

- Cuestionario del estado nutricional, Cribado del MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT (MNA) ⁵⁴.

El cuestionario MNA, consta de una primera parte de cribaje (MNA short form, MNA-SF) compuesta únicamente por 6 ítems, y una segunda de evaluación (con 12 ítems) que solo se aplica si ha aparecido riesgo en la de cribaje.

Esta variable se ha obtenido a través del cribaje del cuestionario MNA (anexo 8). Se diferencia en tres categorías según el estado nutricional, siendo de 12 a 14 estado nutricional normal; de 11 a 8 puntos riesgo de malnutrición; y <7 malnutrición. Se midió de manera tanto cualitativa como cuantitativa.

El MNA ha sido validado para pacientes mayores de 65 años, incluyendo individuos activos o gravemente limitados de diferentes países, entre ellos el nuestro.

No requiere personal cualificado ni determinaciones bioquímicas o parámetros antropométricos complejos y presenta una buena concordancia inter-observador ⁶⁵.

-Patología principal variable de obtención directa a través de Historia Clínica que refleja el diagnóstico de cada paciente. Se trató como variable cualitativa, estableciendo cinco categorías: ACV, Demencias, Enfermedades neurodegenerativas, Alteraciones estructurales y otras.

- Mini Examen cognoscitivo de Lobo (MEC): Valoración cognitiva. Variable obtenida a través de la revisión de la historia clínica sobre el estado cognitivo. Se midió de manera tanto cualitativa como cuantitativa. De 0 a 14 deterioro cognitivo grave; de 15 a 19 deterioro cognitivo moderado; de 20 a 24 deterioro cognitivo leve; de 25 a 28 ligero déficit y de 29 a 35 normal.

Existe una amplia experiencia en la utilización de esta escala en nuestro país. La sensibilidad de la escala es muy alta, en torno al 85-90%; su especificidad es más reducida, del 69% ⁶⁶.

- Índice de Barthel (IB): Valoración funcional de las ABVD, variable obtenida mediante la revisión de la historia clínica, sobre dependencia en las actividades de la vida diaria del paciente. Se midió tanto de manera cuantitativa como cualitativa. de 0-19 Dependencia total; 20-39 Dependencia grave; 40-59 Dependencia moderada; 60-99 Dependencia leve; 100 independiente.

Es sensible a la detección de cambios pequeños en la situación funcional del paciente, lo que la hace especialmente interesante en el seguimiento de la evolución del estado funcional del mismo.

El IB resultó con buena fiabilidad interobservador, índices de Kappa entre 0,47 y 1,00, y con respecto a la fiabilidad intraobservador se obtuvieron índices de Kappa entre 0,84 y 0,97. El valor predictivo de los puntos de corte está basado en el potencial de rehabilitación y capacidad de recuperar la independencia ⁶⁷.

4.7. Análisis de los datos estadísticos

Para las variables continuas se calcularon la media (m) y su desviación estándar (DE); y para las variables categóricas el número individuos por categoría (n) y la proporción de pacientes sobre el total (%). En particular se ha estudiado la correlación entre las alteraciones de la deglución y las variables que miden niveles cognitivos, funcionales y nutricional, utilizando la prueba de Chi cuadrado para el análisis de las variables categóricas y mediante la prueba de la t de Student para las variables cuantitativas.

4.8. Aspectos éticos

- Tratamiento de datos personales: Los datos han sido codificados de forma que no se han incluido datos personales y nadie salvo el investigador ha accedido a la identidad del participante.
- Normas Helsinki: El proyecto se ha llevado a cabo siguiendo las Normas Deontológicas reconocidas por la Declaración de Helsinki (52ª Asamblea General, Edimburgo, Escocia, Octubre 2000), las Normas de Buena Práctica Clínica y cumpliendo la legislación vigente.
- CEICA: Se solicitó permiso para llevar a cabo el proyecto al Comité Ético Investigador de Aragón (CEICA).
- Implicaciones asistenciales: La realización del estudio no ha interferido con las tareas asistenciales del centro, ni afecta al principio de justicia.
- Al comienzo del estudio se entregó un carta donde se especifica que se podía abandonar el estudio cuando le interese.
- Además, se pidió el consentimiento informado tanto a las personas y o familias que participaron en el estudio como a la institución. En este documento se especifica la confidencialidad de los datos y la voluntariedad en la participación del estudio.

5. RESULTADOS

A continuación presentamos un análisis de la muestra general (tabla 2). Posteriormente un análisis comparativo entre las personas con positivo en DO (diagnostico previo e identificados mediante el MECV-V) y los negativos en DO (NoDO).

5.1. Análisis de la muestra general

5.1.1. Características Sociodemográficas.

Como ya se ha comentado con anterioridad en el apartado de metodología, la muestra potencial fueron 90 usuarios del CD. 7 expresaron su deseo de no participar; 25 no devolvieron el consentimiento informado; y 8 fueron bajas por distintas causas antes de comenzar con las valoraciones. Finalmente fueron 50 los participantes totales incluidos en el estudio, todos eran usuarios del CD Los Sitios durante los meses de octubre a noviembre de 2019.

La edad media de la muestra fue 80,04 con una DE de 6,85. La edad mínima fue 65 y la máxima 93 años. De los cuales 29 mujeres (58%) y 21 fueron hombres (42%). Categorizados en los tres espacios que presenta el centro: 19 participantes de UPEA (38%); 10 participantes de UDCL-DI (20%); y 21 participantes de CDP (42%)

5.1.2. Características clínicas.

De los 50 participantes, 9 presentaban diagnóstico previo de disfagia orofaríngea (18%) en el momento del estudio.

Según la patología principal que presentaban, se observó que 9 presentaban ACV (18%); 27 E.A y otras demencias (54%); 2 tenían otras enfermedades neurodegenerativas (E.P. y Enfermedad de Huntington) (4%); 1 alteraciones estructurales (traqueotomía) (2%); y 10 presentabas otras patologías (22%). Cabe destacar que todos los usuarios presentaban pluripatología y polimedicación.

Según la valoración MNA de todos los participantes, 18 presentaban un estado nutricional normal (36%); 26 estaban en riesgo de malnutrición (52%); y 6 presentaban malnutrición (12%).

Tras el análisis del IB, encontramos que 8 personas eran independientes (16%); 24 presentaban dependencia leve (48%); 6 dependencia moderada (12%); 5 tenían dependencia grave (10%); y 7 participantes presentaban dependencia total para las ABVD (14%).

En relación con el estado cognitivo a través de la puntuación del MEC, se observó que 15 usuarios presentaban deterioro cognitivo grave (30%); 5 deterioro cognitivo moderado (10%); 10 participantes tenían deterioro cognitivo leve (20%); 9 presentaban ligero déficit (18%); y 11 tenían un estado cognitivo normal (22%).

Tabla 2. Descripción de la población del estudio (n=50)

		N	%
EDAD	Media \pm DE* 80,04 \pm 6,85	Mín.-Máx. 65-93	50 (100%)
SEXO		MUJER HOMBRE	27 21 (54%) (42%)
UNIDAD		UPEA UDCL-DI CDP	19 10 21 (38%) (20%) (42%)
DIAGNÓSTICO PREVIO DE DO		SI NO	7 43 (14%) (86%)
MNA		14-12 NORMAL 11-8 RIESGO <7 MALNUTRICIÓN	18 26 6 (36%) (52%) (12%)
MEC		14 a 0 det. Cog. Grave 19 a 15 det cog. Moderado 24 a 20 det. Cog. Leve 28 a 25 ligero déficit 35 a 29 normal	15 5 10 9 11 (30%) (10%) (20%) (18%) (22%)
BARTHEL		100 Independiente >60 dep. leve 55-40 dep. moderada 35-20 dep. grave <20 dep. total	8 24 6 5 7 (16%) (48%) (12%) (10%) (14%)
Patología Pral.		ACV Demencias Enf. Neurodegenerativas Alt. Estructurales Otras	9 27 2 1 11 (18%) (54%) (4%) (2%) (22%)

Los valores que se muestran son el número de participantes por categoría y, entre paréntesis, la proporción de participantes sobre el total (%), Valores media y desviación estándar(DE) de la variable edad.det.: deterioro, cog.: cognitivo, dep.: dependencia, Enf.: enfermedades, Alt.: alteraciones.

5.1.3. Descripción de la muestra tras la realización de los test de deglución.

a) MECV-V:

Se incluyeron únicamente las personas que no presentaban diagnóstico previo de DO (41) y se han evaluado las frecuencias (en cuanto a si presentaban o no alteración en la deglución) mediante la prueba MECV-V. De los 41 participantes no diagnosticados de DO, 12 (29,3%) presentaron alteraciones en la deglución y 29 (70,7%) no presentaron alteraciones (Tabla 3).

En cuanto a los signos de DO identificados con el MECV-V se observó que 5 presentaron deglución fraccionada (20,8%), 4 carraspeo (16,7%); 4 presencia de residuos orales (16,7%); 4 Sello labial ineficaz (16,7%); 3 Cambios en la voz (12,5%); 2 tos (8,3%); y 2 desaturación de O₂ >3 (8,3%). Fueron más comunes los signos relacionados con la eficacia en la deglución (residuos orales, deglución fraccionada y sello labial ineficaz) que los signos relacionados con la seguridad (Tos, carraspeo, desaturación O₂ y cambios en la voz) (tabla 4).

Tabla 3. Valoración MECV-V (n=41).

MECV-V	n	%
Normal	29	70,7%
Alteraciones en la deglución	12	29,3%
Total	41	100,0%

Los valores que se muestran son el número de participantes por categoría y, entre paréntesis, la proporción de participantes sobre el total (%).

Tabla 4. Signos identificados con el MECV-V.

Signos de alteración en la deglución detectados mediante el MEV-V	n / %	
Carraspeo	4 / 16,7%	Signos relacionados con la seguridad en la deglución
Cambios en la voz	3 / 12,5%	
Tos	2 / 8,3%	
Desaturación O ₂ >3	2 / 8,3%	
Residuo oral	4 / 16,7%	Signos relacionados con la eficacia en la deglución
Deglución fraccionada	5 / 20,8%	
Sello labial ineficaz	4 / 16,7%	
Total signos identificados	24/100%	

Los valores que se muestran son el número de participantes por categoría y, entre paréntesis, la proporción de participantes sobre el total (%).

b) EAT-10 y referencia de problemas en la deglución observados por la familia.

Los resultados que prestamos a continuación aparecen en la tabla 5.

Tras la realización del despistaje de disfagia con la escala EAT-10 en los participantes de UPEA, se observó que, 12 obtuvieron una puntuación de 2 o menos, por lo que no referían problemas en la deglución (63,2%); y 7 obtuvieron una puntuación de 3 o más, por lo que referían algún problema en la deglución (36,8%).

La relación entre las variables EAT-10 y la presencia de DO-NoDO, resultó significativa. Es posible afirmar que existen diferencias entre las dos categorías del EAT-10 en función del diagnóstico de DO. ($X^2_1 = 11.337$; $p = 0.001$).

Como se puede observar en la tabla 5, es mayor la cantidad de gente que refiere problemas en la escala EAT-10 (85,7%) en el caso de los participantes con positivo en DO (6) que en el caso de los que no presentan DO. Ocurre lo contrario en el caso de los participantes no diagnosticados con DO, en los que la cantidad que no refiere problemas (91,7%) es mayor (11) que la cantidad de gente que sí que los refiere.

En la carta informativa para la familia enviadas a los participantes de CDP y UDCL-DI se incluía una pregunta *¿Tiene dificultad para masticar y/o tragar?* La cual contestaban *SI* o *NO*. En total, 10 contestaron que su familiar *SI* presentaba problemas (32,3%); y 21 que *NO* presentaban problemas (67,7%).

la relación entre las variables *la familia refiere problemas* en relación con la presencia de DO-NoDO, resultó significativa ($X^2_2 = 18.559$; $p = 0$).

Como es posible comprobar en la tabla 5, la cantidad de familias que refieren problemas en participantes con positivo en DO (32,3%) es mayor que las que no refieren problemas en el mismo grupo.

Tabla 5. Relación EAT-10 y Familia Refiere problemas con la presencia de DO

		DO N (%)	NoDO N (%)	P Valor
EAT-10	NORMAL	1 (8,3%)	11 (91,7%)	0,001
	REF.PROBLEM.	6 (85,7%)	1 (14,3%)	
	TOTAL	19 (100%)		
FAMILIA REFIERE PROBLEMAS	NO	4 (12,9%)	17 (58,8%)	0,000
	SI	10 (32,3%)	0 (0,0%)	
	TOTAL	31 (100%)		

Los valores que se muestran son el número de participantes por categoría y, entre paréntesis, la proporción de participantes sobre el total (%). P-Valor: Estadístico Chi-cuadrado.

5.2. Análisis comparativo disfagia y resto de variables.

5.2.1. Variables sociodemográficas.

Las variables cualitativas (sexo y unidad) se reflejan en la tabla 6 y la variable cuantitativa (edad) en la tabla 7.

-Sexo: De los 21 participantes (42%) que presentaron positivo en DO (diagnostico previo + identificados mediante el MECV-V), 12 fueron hombres (57,2%) y 9 mujeres (42,8%). En comparación con los que no presentaban DO encontramos que de los 21 hombres que participaron en el estudio, 12 presentaron DO (57,2%) y 9 no presentaron DO (42,8%). De las 29 mujeres incluidas en el estudio 9 (31,1%) presentaron DO y 20 (68,9%) no presentaron DO.

-Unidad: En comparación por unidad de los positivos en DO con los NoDO, encontramos que de los 19 de UPEA, 7 presentaban positivo en DO (38,8%) y 12 no presentaban DO (63,2%); entre los participantes de UDCL-DI, 4 presentaban DO (40%) y 6 no presentaban DO (60%); Observamos que en CDP 10 usuarios presentaron DO (47,6%) y 11 no tenían signos de DO (52,4%)

-Edad: La edad media de los positivos en DO fue de 80,48 años con una DE de 6,743, la edad media de los negativos en DO fue 81,45 con una DE de 7,013.

No se encontraron relaciones estadísticamente significativas en cuanto a la aparición de DO en relación con la edad.

Tabla 6. Comparativa por sexo y unidad DO, NoDO

		DO N (%)	NoDO N (%)	Total N (%)
SEXO	Hombre	12 (57,2%)	9 (42,8%)	21 (100%)
	Mujer	9 (31,1%)	20 (68,9%)	29 (100%)
UNIDAD	UPEA	7 (38,8%)	12 (63,2%)	19 (100%)
	UDCL-DI	4 (40%)	6 (60%)	10 (100%)
	CDP	10 (47,6%)	11 (52,4%)	21 (100%)

Los valores que se muestran son el número de participantes por categoría y, entre paréntesis, la proporción de participantes sobre el total (%). P-Valor. DO: positivos en Disfagia. NoDO: Negativos en disfagia.

Tabla 7. Relación entre medias de edad DO, NoDO

	DO, NoDO	N	Media	DE	p-valor
EDAD	NO	29	81,45	7,013	0,625
	SI	21	80,48	6,743	

Los valores que se muestran son el (n) número de participantes por categoría, la media y la desviación estándar (DE). P-Valor: prueba t de Student. DO: Disfagia Orofaringea, NoDO: No hay signos de disfagia Orofaringea.

5.2.2. Variables clínicas.

Los datos referentes a la patología principal, podemos encontrarlos reflejados en la tabla 8. Los resultados en relación al estado nutricional, funcional y cognitivo se muestran en la tabla 9.

- Patología principal:

Entre las patologías principales que presentaban los participantes con diagnóstico previo de DO fueron: 3 personas presentaban ACV (33,3%); y 4 tenían algún tipo de demencia (44,5%); 1 presentaba alteraciones estructurales (11,1%) y 1 otras patologías (11,1%)

En cuanto al total de los positivos en DO identificados con el MECV-V, se encontraron que 4 personas tenían diagnóstico de ACV (33,3%); 6 E.A y otras demencias (50%); y 2 personas padecían otras enfermedades neurodegenerativas (16,7%).

Tabla 8. Diferencias patología principal: diagnóstico previo, positivo MECV-V, negativo MECV-V.

	ACV N (%)	DEMENCIAS N (%)	ENF. NEURODEG. N (%)	Alt. ESTRUC. N (%)	OTRAS N (%)
Dco. Previo	3 (33,3%)	4 (14,8%)	0 (0%)	1(100%)	1 (9,1%)
Post. MECV-V	4 (44,5%)	6 (22,2%)	2 (100%)	0 (0%)	0 (0%)
Neg. MECV-V	2 (22,2%)	17 (63%)	0 (0%)	0 (0%)	10 (90,9%)
Total	9 (100%)	27(100%)	2(100%)	1(100%)	11 (100%)

Los valores que se muestran son el número de participantes por categoría y, entre paréntesis, la proporción de participantes sobre el total (%). ACV: Accidente cerebro vascular. ENF: enfermedad. NEURODEG.: neurodegenerativas. Alt: Alteraciones. ESTRUC.: estructurales. Dco.: Diagnóstico. Post: Positivo. Neg.: Negativo.

- Estado Nutricional:

De los positivos en DO (diagnostico previo y los identificados mediante el MECV-V), 6 presentaban un estado nutricional normal (28,6%), 12 estaban en riesgo de malnutrición (57,1%); y 3 presentaban malnutrición (14,3%).

Se comparó entre los dos grupos DO, NoDO, resultando la prueba no significativa. Por lo que no es posible afirmar que existan diferencias entre los distintos niveles reflejados por la prueba MNA según el diagnóstico de DO. ($X^2_2 = 0.897$; $p = 0.639$).

-Estado funcional:

Tras la revisión del IB de los usuarios que presentaron positivo en DO, encontramos que 7 personas presentaban dependencia total en las ABVD (33,3%); 1 dependencia grave (4,8%); 5 tenían dependencia moderada (23,8%); 7 presentaban dependencia leve (33,3%); y 1 persona era independiente para las ABVD (4,8%).

Se compararon los grupos de estudio, DO, NoDO. Esta vez el resultado de la prueba es estadísticamente significativo, por lo que es posible afirmar que existen diferencias significativas en la distribución de frecuencias en las categorías medidas con la escala Barthel en función del diagnóstico de DO. ($X^2_4 = 11.431$; $p = 0.022$)

Además, como se observa en la tabla 9, es mayor el número de personas con dependencia total con positivo en DO que el de personas sin DO. Por el contrario, en el caso personas independientes y dependencia leve es mayor el número de participantes sin DO que el de participantes con positivo en DO.

- Estado cognitivo:

Tras la revisión del MEC de los usuarios con positivo en DO, encontramos que 7 presentan deterioro cognitivo grave (33,33%); 1 deterioro cognitivo moderado (4,76%); 5 deterioro cognitivo leve (23,80%); 2 ligero déficit (9,52%); y 6 estado cognitivo normal (28,57%) en total 13 personas presentaban deterioro cognitivo según el MEC (61,9%).

Se compararon los dos grupos de estudio en relación a los resultados del MEC. Aquí la prueba no es estadísticamente significativa, por lo que no es posible afirmar que existan diferencias entre los dos grupos DO, NoDO ($X^2_4 = 3.049$; $p = 0.550$).

Tabla 9. Relación de variables MNA, IB y MEC, Do, NoDO.

		DO N (%)	NoDO N (%)	p valor
MNA	Normal	6 (28,6%)	12 (41,4%)	0,639
	Riesgo	12 (57,1%)	14 (48,3%)	
	Malnutrición	3 (14,3%)	3 (10,3%)	
BARTHEL	Independiente	1 (4,8%)	7 (24,1%)	0,022
	Depen. Leve	7 (33,3%)	16 (55,2%)	
	Depen. Moderada	5 (23,8%)	2 (6,9%)	
	Depen. Grave	1 (4,8%)	2 (6,9%)	
	Depen. Total	7 (33,3%)	2 (6,9%)	
MEC	Normal	3 (14,3%)	8 (27,6%)	0,550
	Ligero déficit	5 (23,8%)	4 (13,8%)	
	Det. Cog leve	5 (23,8%)	5 (17,2%)	
	Det. Cog moderado	1 (4,8%)	4 (13,8%)	
	Det. Cog. Grave	7 (33,3%)	8 (27,6%)	
<p>Los valores que se muestran son el número de participantes por categoría y, entre paréntesis, la proporción de participantes sobre el total (%). P-Valor: Estadístico Chi-cuadrado. Depen: Dependencia. Det.: Deterioro Cog: cognitivo</p>				

6. DISCUSIÓN

6.1. Características sociodemográficas.

- Sexo:

En nuestro estudio no hemos encontrado diferencias en cuanto al sexo para padecer DO entre los participantes del CD. Encontramos que el 57,2% eran hombres y el 42,8 mujeres, esto coincide con otros estudios realizados ^{23,25,24} y difieren del estudio realizado por Torres Camacho, et.al.¹⁸, en el que la proporción de mujeres con DO presentaba un mayor porcentaje (80,8%) con respecto a los hombres.

- Unidad:

Por unidad de convivencia del centro, encontramos una mayor prevalencia entre los usuarios de CDP (47,6%), seguido por UPEA (33,3%) y UDCL-DI (19,1%) En principio los resultados son los esperados ya que se espera que los usuarios de CDP presenten peor estado funcional y cognitivo y por ello mayor riesgo de DO.

- Edad:

La edad media de los positivos en DO fue de 80,48, por el contrario la edad media de los que no presentaban DO fue de 81,45 ($p=0,625$). Solo observando las medias de edad, no es posible decir que la DO ha sido más común entre las personas de más edad. Estos datos coinciden con el trabajo de Nogueira D, et.al²⁴ en el cual la edad no fue significativa, y difieren de los estudios realizados. Holland G, et.al.²², que encontraron una correlación directa entre la gravedad de la DO y la edad ($p=0,007$) y Serra-Prat M, et.al²³ en el cual encontraron más prevalencia en los participantes mayores de 80. Una posible explicación es que la media de edad ya de por si es bastante alta 80,04, por lo que no encontramos grandes diferencias de edad entre los participantes.

Debemos de mantener la hipótesis nula de que no hay diferencias en relación a la edad en los grupos formados por las personas con DO respecto al grupo formado con las personas sin DO.

6.2. Características de los positivos en DO, diagnóstico previo e identificados mediante el MECV-V.

En nuestra muestra hemos encontrado que un 18% presentaban diagnóstico previo de disfagia (9). Estos datos coinciden con otros estudios realizados en ancianos institucionalizados, donde se analizó la prevalencia de diagnóstico previo de DO ^{13,18}. En Ferrero López MI, et.al.¹³, encontraron una prevalencia del 22,5% y en el estudio de Torres Camacho MJ, et.al.¹⁸, identificaron una prevalencia aun menor con un 13,54% de diagnósticos que constaban en las historias clínicas. Estos datos reflejan que la disfagia es un síndrome infra diagnosticado entre los ancianos institucionalizados o Semi institucionalizados.

Para valorar al resto de usuarios sin diagnóstico previo de DO se utilizó el método de exploración clínica Volumen-Viscosidad. En nuestro estudio se encontró que un 29,3% (12) presentaban uno o más síntomas que se identifican con la DO; por otro lado el 70,7% (29) de los usuarios valorados, no presentaron alteraciones en la deglución mediante la realización del MECV-V. En la revisión de otros estudios donde se analizó la frecuencia de personas diagnosticadas de DO mediante el MECV-V, con ancianos hospitalizados ^{19,25,68} presentaban porcentajes de disfagia mayores que los que hemos encontrado, oscilando entre el 47% y el 81%. La prevalencia en ancianos institucionalizados según el trabajo de Ferrero López MI, et.al.¹³ encontraron una tasa de prevalencia del 65% mediante la realización del MECV-V, y en otro estudio de Nogueira D, et.al.²⁴, que realizó la prueba de deglución de agua de 3-oz, identificaron que un 38% presentaban uno o más síntomas de DO. En nuestro estudio el número de personas identificadas ha sido menor, una posible explicación a esto es que la muestra ha sido recogida de un centro de día, en el cual el estado de salud suele ser mejor que el que nos podemos encontrar en personas hospitalizadas o institucionalizadas.

En cuanto a los signos hallados en relación con la eficacia (55%) o seguridad en la deglución (45%), encontramos similitudes con otros estudios en los que había mayor proporción de alteraciones en la eficacia que las relacionadas con la seguridad ^{13,23,29}. Esto se debe a que los signos relacionados con la eficacia se asocian más a la edad avanzada, tal y como se indica en el artículo de Clave P, et.al.²⁰. Cabe destacar que la mayoría de las personas que padecían signos de DO era leve. El signo que más veces se encontró fue la deglución fraccionada 21%, estos datos coinciden con los del

estudio de Suh M, et.al.²⁹, en los que la deglución fraccionada se observó en el 73,3%, y difieren del estudio de Nogueira D, et.al.²⁴, en el que el síntoma más común fue la voz húmeda.

Con todos estos datos, podemos responder a la hipótesis planteada, de que hay casos de personas con síntomas identificativos de DO que carecen de diagnóstico previo.

6.3. Características de la prueba EAT-10 y de la familia refiere problemas para la deglución.

Mediante el cuestionario EAT-10 que se realizó a los sujetos de UPEA, se observó que un 36,8% (7) referían tener problemas en la deglución. La proporción de sujetos que refirieron problemas para la deglución y que tenían DO, en comparación con los que no refirieron problemas, fue significativa ($p= 0.001$) estos resultados coinciden con los que obtuvieron en los estudios de Burgos R, et. al.⁴² y Rofes L, et. al.⁴³.

Estos datos indican que las personas mayores sin deterioro cognitivo son capaces de identificar problemas en la deglución mediante un cuestionario auto percibido. Es posible afirmar la hipótesis de que las personas mayores son capaces de identificar los problemas en la deglución mediante la escala EAT-10.

La limitación de esta escala es que no es posible valorar a personas con deterioro cognitivo ya que es necesario que la persona sea capaz de identificar y reconocer cada ítem de la escala y contestar de manera lo más objetiva posible.

Por este motivo se decidió preguntar a los familiares de los participantes del estudio de las unidades de UDCL-DI y CDP si identificaban algún problema para masticar y/o tragar, siendo estos resultados también significativos ($p = 0$). La cantidad de familias que refieren problemas en participantes con positivo en DO es mayor que las que no refieren problemas en el mismo grupo. Podemos decir que los familiares son capaces de reconocer signos de DO, pero el desconocimiento de la disfagia hace que muchos de ellos no presenten un diagnóstico previo y que no se reconozcan las consecuencias de estas alteraciones.

6.4. Características Clínicas.

- Patología principal:

Las patologías principales que observamos son en su mayoría las secuelas producidas por ACV y las demencias, ya sea tipo Alzheimer u otras. La demencia y los ACV suman 80,9% (17) del total de causas identificadas de las personas con positivo en DO. Estos datos coinciden con otros estudios ^{26,27,29,30,31}. En la revisión sistemática de González R, et.al. ²⁷ concluyen que entre las causa más frecuentes de disfagia neurogénica se encuentran los ACV y las enfermedades degenerativas del SNC, como la E.P y la E.A. En el estudio de Langmore, et.al. ³¹ se observa además que la aparición de DO en los pacientes con demencia señala la progresión de la enfermedad.

- Estado nutricional:

El total de las personas que presentaron signos de DO (diagnostico previo y los detectados con el MECV-V), se observo que un 57,1% (12) presentaba riesgo de malnutrición y que un 14,3% (3) presentaban malnutrición. Tras la realización del análisis estadístico no se observaron diferencias significativas entre los dos grupos ($p=0,639$). Estos resultados difieren con otros estudios en los que valoraron el estado nutricional en relación y la disfagia ^{13,17,19,25,53,69}. En el estudio de Carrión S, et.al. ¹⁹, llevado a cabo en personas hospitalizadas, los pacientes con DO presentaron mayor prevalencia de desnutrición ($p=0.001$), además los pacientes con desnutrición también presentaban una alta prevalencia de DO. En otros estudios realizados en residencias, Carrillo Prieto E, et.al¹⁷, encontraron una gran proporción de ancianos institucionalizados que presentaban DO y un estado nutricional deficitario, lo mismo que en el estudio de Ferrero López MI et.al.¹³.

En este caso no se cumple la hipótesis planteada sobre que las personas con DO tendrán mayor riesgo de malnutrición en comparación con las que no. Esto podría deberse a que el estudio se ha llevado a cabo en un CD, a diferencia de los otros estudios, las personas que asisten al CD hacen al menos una comida en sus domicilios, por lo que probablemente, además de encontrarse en un entorno conocido, los cuidadores de estas personas inviertan mayor tiempo en la alimentación y conocen de primera mano los gustos, preferencias, etc. de sus familiares.

-Estado funcional:

En cuanto a la relación entre DO y estado funcional, si que se pudo observar una relación estadísticamente significativa ($p= 0.022$). Las personas con DO mostraron tener un peor estado funcional según el IB que los que no presentaban DO. Estos resultados coinciden con la mayoría de estudios realizados en los que comparaban estas dos variables ^{18,23,24,25}. En el estudio de Serra-Prat M, et.al.²³, en ancianos que viven de manera independiente, encontraron una asociación estadísticamente significativa entre DO y capacidad funcional. En los estudios realizados en residencias de ancianos, Nogueira D, et.al.²⁴ encontraron una significación entre la DO y la dependencia en el IB de $p=0,001$; En un estudio prospectivo observacional, Cabré M, et.al.²⁵, encontraron que los sujetos con DO habían perdido más de 10 puntos en el IB durante el seguimiento en comparación con los sujetos sin DO.

Podemos concluir que en nuestro estudio se cumple la hipótesis planteada, las personas con peor estado funcional presentan mayor riesgo de DO. Además de observar que el estado funcional es esencial para la aparición de DO, independientemente de la patología. Una persona con una dependencia grave en las ABVD debería ser sometida a una valoración de la deglución, para evitar las complicaciones derivadas de la DO.

-Estado cognitivo:

Tras la revisión de los resultados obtenidos en nuestro trabajo, no hemos hallado una relación significativa entre el estado cognitivo y la DO. Estos resultados coinciden con los encontrados en el trabajo de Holland G, et.al.²² en personas que vivían de manera independiente en los cuales no encontraron correlación entre la memoria, rendimiento mental y el recuerdo con la aparición de la DO. A diferencia del resto de trabajos revisados, donde sí que encontraron una relación significativa entre el estado cognitivo y la DO ^{13,18,24,65}. Los estudios llevados a cabo con ancianos institucionalizados como en el de Ferrero López MI, et.al.¹³, encontraron de forma significativa la prevalencia de DO en los residentes con deterioro cognitivo, siendo esta además una de las complicaciones para la evolución de la enfermedad. En el trabajo de Palicio Martínez C, et.al.⁶⁵ en pacientes hospitalizados en geriatría encontraron que el 93,93% de las personas con DO tenían deterioro cognitivo.

Otro estudio llevado a cabo por Shu M, et.al²⁹, con pacientes con EA y demencia vascular, concluyeron que los pacientes con demencia desarrollarán DO en algún momento durante el curso clínico de su enfermedad.

En nuestro estudio debemos rechazar la hipótesis ya que no se hallaron diferencias entre los grupos con DO y sin DO en cuanto al deterioro cognitivo. Esto puede deberse a que la DO no solo aparece cuando hay solo deterioro cognitivo, sino que deben existir mas comorbilidades que influyan en su aparición. Los sujetos de nuestro estudio son usuarios de un CD, a diferencia del resto de los trabajos revisados donde encontraban significación entre ambas variables. Las personas del CD como norma general presentan un mejor estado funcional del que nos encontramos en ancianos institucionalizados u hospitalizados.

Entre las limitaciones que nos hemos encontrado a la hora de realizar el trabajo se encuentra un número limitado de la muestra. El motivo por el que probablemente la gente no quiso participar en el estudio fuera por el propio desconocimiento de la disfagia, además que la manera para detectarla, el MECV-V, es una prueba clínica que implica unos riesgos, como pueden ser los derivados por la propia disfagia (tos, atragantamiento, aspiración, etc.) o incluso mostrar alguna alergia o intolerancia al espesante. La falta de información sobre la DO podría ser la causante de la poca participación en el estudio.

En cuanto a futuras líneas de investigación, sería interesante realizar una comparativa entre ancianos institucionalizados y semiinstitucionalizados. Realizar una intervención desde terapia ocupacional en personas con alteraciones en la deglución. Realizar una intervención para mejorar y/o mantener las capacidades físicas y funcionales y ver si estas influyen de manera que se retrase o minimice la aparición de DO.

7. CONCLUSIONES

Este trabajo fue realizado en el CD los Sitios de Zaragoza, el objetivo principal era detectar a los usuarios con problemas en la deglución ya fueran personas previamente diagnosticadas de DO o detectadas mediante el Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad y relacionarla con el estado cognitivo, funcional y nutricional y la edad.

Cabe destacar que no se han encontrado otros estudios similares realizado en Centros de Día, es más común encontrar estudios realizados en residencias geriátricas, hospitales o atención primaria. Nos pareció interesante llevar a cabo el trabajo en un centro de día porque los usuarios realizarán al menos una comida en sus domicilios y era importante realizar una educación para la salud entre los familiares y cuidadores, además de dar pautas a las auxiliares de enfermería encargadas en la alimentación de estos usuarios.

No se observaron diferencias en cuanto al sexo y la edad. La mayoría de las personas que presentaron DO tenían enfermedades neurológicas o neurodegenerativas, además todos presentaron pluripatología y polimedicación. No hubo relaciones significativas en cuanto al estado nutricional y al estado cognitivo, por el contrario si se observó una fuerte correlación entre el estado funcional y la DO.

Pudimos observar que el MECV-V es un buen método para identificar problemas en la deglución entre los usuarios del centro, puesto que en ningún caso la realización de la prueba supuso problemas y fue bien aceptada y tolerada.

Cabe destacar que la escala EAT-10 para evaluar los problemas percibidos durante la alimentación es una herramienta eficaz para llevar a cabo entre las personas mayores sin deterioro cognitivo, y que es una buena fuente de información que podría llevarse a cabo en el medio sanitario y socio-sanitario.

Observamos que el deterioro cognitivo, la depresión grave y la incapacidad aumentan este riesgo de malnutrición y aunque los resultados no se correlacionaron

con la DO, hay que prestar una atención especial al estado nutricional de las personas mayores para poder actuar lo más precozmente posible.

Además encontramos que entre aquellos con problemas en la deglución, hubo un mayor porcentaje de alteraciones relacionadas con la eficacia de la deglución que se asocian más con estados de desnutrición y deshidratación.

Finalmente y respondiendo al segundo objetivo principal planteado, hemos podido realizar un abordaje desde el departamento de terapia ocupacional. En el cual no solo se ha valorado de deglución de los usuarios, sino que además se ha realizado un folleto informativo para cuidadores, usuarios y trabajadores del centro para mejorar la alimentación de las personas con DO, dando pautas sobre como reconocer la DO y como con unas sencillas técnicas se pueden evitar las complicaciones asociadas.

Como conclusión final, nos encontramos con que muchas personas mayores, en su mayoría frágiles presentan alto riesgo de padecer disfagia orofaríngea. Los T.O. con formación complementaria en DO poseen herramientas suficientes para intervenir tanto en la alimentación como en la deglución. Además la intervención desde T.O para mejorar la capacidad física y las independencia en las ABVD reduciría el riesgo de padecer DO, ya que se ha observado una fuerte relación entre dependencia en las ABVD y disfagia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ribera Casado JM, Gil Gregorio P, Regato Pajares P, Infante Campos A, Calle Montero Á, Giménez Ribota O. 'Análisis de la salud y el envejecimiento'. Madrid. Ministerio de Sanidad y Política Social, Secretaría General de Política Social y Consumo Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO); 2011. Disponible en: https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/8088_8089libroblancoenv.pdf
2. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Informe de un Grupo Científico de la OMS. Ginebra; 2015. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=A18FC62E4436A9287985DD570C9D687F?sequence=1
3. Abellán A, Aceituno P, Pérez J, Ramiro D, Ayala A, y Pujol R. Un perfil de las personas mayores en España. Indicadores estadísticos básicos. Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC). Informes Envejecimiento en red nº 22, 38p. [Fecha de publicación: 06/03/2019]. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2019.pdf>
4. Sánchez García E, Montero Errasquín B, Sánchez Castellano C, Cruz-Jentoft AJ. Importance of nutritional support in older people. Nestle Nutr Inst Workshop Ser. 2012;72:101–108
5. Soriano del Castillo, JM. Conceptos y evolución histórica de la Nutrición. En: Soriano del Castillo JM, editor. Nutrición básica humana. Valencia: PUV. 2006; p. 23-29.
6. Ávila Álvarez A, Martínez Piédrola R, Matilla Mora R, Máximo Bocanegra M, Méndez Méndez B, Talavera Vakverder MA et al. Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y proceso. 2da Edición [Traducción]. www.terapia-ocupacional.com [portal en Internet]. 2010 [fecha de consulta 18/06/2019]. Disponible en: <http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf>
7. Moure Fernández L, Pualto Durán MJ, Antolín Rodríguez R. Cambios nutricionales en el proceso de envejecimiento. Enf Global [Internet]. 2003; [citado 12 de junio de 2019];2(1). Disponible en: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/647>
8. Ponce, M. Vicente, V. Ortiz, V. Ponce, J. Trastornos de la deglución: un reto para el gastroenterólogo. Gastroenterol Hepatol. 2007;30:487-97.

9. Warnecke T , Dziewas R , Wirth R , Bauer JM , Prell T_. Dysphagia from a neurogeriatric point of view Pathogenesis, diagnosis and management. *Z Gerontol Geriatr.* 2019;52(4):330-335.
- 10.Clave P, Disfagia orofaríngea en el anciano, *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2012;47(4):139–140.
11. World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems. 10th revision. Ginebra: OMS. 2016. Disponible en: https://icd.who.int/browse10/Content/statichtml/ICD10Volume2_en_2016.pdf
- 12.Clavé P, Shaker R. Dysphagia: current reality and scope of the problem. *Nat. Rev. Gastroenterol. Hepatol.* 2015 May;12(5):259-70.
- 13.Ferrero Lópe MI, García Gollarte JF, Botella Trelis JJ, Juan Vidal O. Detección de disfagia en mayores institucionalizados. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2012;47:143–7.
- 14.Martín A, Ortega O, Clavé P. Disfagia orofaríngea, un nuevo síndrome geriátrico. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2018;53(1):3–5.
- 15.Baijens L, Clave P, Cras P, Ekberg O , Forster A , Kolb GF, et al. European Society for Swallowing Disorders - European Union Geriatric Medicine Society white Paper: Oropharyngeal Dysphagia as a Geriatric Syndrome. *Clin Interv Aging.* 2016; 11:1403-1428.
- 16.Regueiro L, Maseda A, Lorenzo L, Diego C, Facal D, Millán JC. Fragilidad y deterioro cognitivo asociados al estado nutricional en personas mayores institucionalizadas. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2018;53(S1):5–9.
- 17.Carrillo Prieto, E. Aragon Chicharro, E. Garcia Meana, JF. Calvo Morcuende, B. Pajares Bernardo, M. Disfagia y estado nutricional en ancianos institucionalizados. *Gerokomos.* 2016;27(4):147-152.
18. Torres Camacho MJ, Vázquez Perozo M, Parellada Sabaté A, González Acosta M.E. Disfagia en ancianos que viven en residencias geriátricas de Barcelona. *Gerokomos* [Internet]. 2011 Mar [citado 2019 mar 26] ; 22(1): 20-4. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2011000100004&lng=es
- 19.Carrión S, Cabré M, Monteis R, Roca M, Palomera E, Serra-Prat M, Rofes L, Clavé P. Orop-haryngeal dysphagia is a prevalent risk factor for malnutrition in a cohort of older patients admitted with an acute disease to a general hospital. *Clin Nutr.* 2015;34(3):436-42.
- 20.Clavé, P. Verdaguer, A. Arreola, V. Disfagia orofaríngea en el anciano. *Med Clin (Barc).* 2005;124(19):742-8.

21. Caudell JJ, Schaner PE, Meredith RF, Locher JL, Nabell LM, Carroll WR, et al. Factors associated with long-term dysphagia after definitive radiotherapy for locally advanced head-and-neck cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2009;73(2):410-5.
22. Holanda G, Jayasekera V, Pendleton N, Horan M, Jones M, Hamdy S. Prevalence and symptom profiling of oropharyngeal dysphagia in a community dwelling of an elderly population: a self-reporting questionnaire survey. *Dis Esophagus.* 2011;24(7):476-80
23. Serra-Prat M, Hinojosa G, López D, Juan M, Fabré E, Voss DS, et al. Prevalence of oropharyngeal dysphagia and impaired safety and efficacy of swallow in independently living older persons. *J Am Geriatr Soc.* 2011;59(1):186-7.
24. Nogueira, D. Reis, E. Swallowing disorders in nursing home residents: how can the problem be explained? *Clin. Interv. Aging.* 2013;8, 221–7.
25. Cabre, M, Serra-Prat M, Fuerza L, Almirall J, Palomera E, Clavé P. Oropharyngeal dysphagia is a risk factor for readmission for pneumonia in the very elderly persons: observational prospective study. *J. Gerontol. A Biol. Sci. Med. Sci.* 2014; 69, 330–7.
26. Martino R, Foley N, Bhogal S, Diamant N, Speechley M, Teasell R. Dysphagia after stroke: incidence, diagnosis, and pulmonary complications. *Stroke.* 2005;36(12):2756-63.
27. Gonzalez R, Bevilacqua J. Disfagia en el paciente neurológico. *Rev Hosp Clín Univ Chile* 2009; 20: 252 - 62.
28. Kalf JG, de Swart BJ, Bloem BR, Munneke M. Prevalence of oropharyngeal dysphagia in Parkinson's disease: a meta-analysis. *Parkinsonism Relat. Disord.* 2012;18(4):311-5.
29. Suh MK, Kim H, Na DL. Dysphagia in patients with dementia: Alzheimer versus vascular. *Alzheimer Dis Assoc Disord.* 2009 Apr-Jun;23(2):178-84.
30. Gómez-Busto F, Andia V, Ruiz de Alegria L, Francés I. Abordaje de la disfagia en la demencia avanzada. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2009;44(S2):29–36.
31. Langmore SE, Olney RK, Lomen-Hoerth C, Miller BL. Dysphagia in patients with frontotemporal lobar dementia. *Arch Neurol.* 2007;64(1):58-62.
32. Ikeda M, Brown J, Holland AJ, Fukuhara R, Hodges JR. Changes in appetite, food preference, and eating habits in frontotemporal dementia and Alzheimer's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2002;73(4):371-6.
33. Ruoppolo G, Schettino I, Frasca V, Giacomelli E, Prosperini L, Cambieri C, et al. Dysphagia in amyotrophic lateral sclerosis: prevalence and clinical findings. *Acta Neurol Scand.* 2013;128(6):397-401.

34. Calcagno P, Ruoppolo G, Grasso MG, De Vincentiis M, Paolucci S. Dysphagia in multiple sclerosis—prevalence and prognostic factors. *Acta Neurol Scand.* 2002;105(1):40-3.

35. Terré-Boliart R, Orient-López F, Guevara-Espinosa D, Ramón-Rona S, Bernabeu-Guitart M, Clavé-Civit P. Disfagia orofaríngea en pacientes afectados de esclerosis múltiple. *Rev Neurol* 2004;39:707-10.

36. Clavé, P. Arreola V, Castellví JM, Almirall J, García Peris P, Carrau R, Quer M, Velasco M. Diagnóstico y tratamiento de la disfagia orofaríngea funcional. Aspectos de interés para el cirujano digestivo. *Cir Esp.* 2007;82(2):62-76.

37. Clave P, Arreola V, Velasco M. Capítulo 5. Evaluación y diagnóstico de la disfagia orofaríngea. En: Clave P, Garcia-Peris P. Guía de Diagnóstico y de Tratamiento Nutricional y Rehabilitador de la Disfagia Orofaríngea. 3ª edición. Barcelona: Ed. Glosa. 2015;p.57-78.

38. Torres Camacho MJ, Vázquez Perozo M, Parellada Sabaté A, González Acosta ME. Disfagia en ancianos que viven en residencias geriátricas de Barcelona. *GEROKOMOS* 2011; 22 (1): 20-4. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2011000100004&lng=es.

39. Jiménez Rojas C, Corregidor Sánchez AI, Gutiérrez Bezón C. Cap. 53. Disfagia. En: Tratado de Geriatria Para Residentes. Madrid. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG);2006. p.545-55. Disponible en:

<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/segg-tratado-01.pdf>

40. Casado Romo MP, González Alted C, Gómez Blanco A, Pajares García S, Dávila Acedo RM, Barroso Pérez L, Panizo Velasco E. Guía de nutrición para personas con disfagia. Centro de Referencia Estatal de Atención al Daño Cerebral Adquirido (CEADAC). IMSERSO. Madrid; 2013. Disponible en:

https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/600077_guia_nutricion_disfagia.pdf

41. Belafsky PC, Mouadeb DA, Rees CJ, Pryor JC, Postma GN, Allen J, Leonard RJ. Validity and Reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10). *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 2008;117(12):919-24.

42. Burgos R, Sarto B, Seguro H, Romagosa A, Puiggrós C., Vázquez C. 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.* [Internet]. 2012; 27(6): 2048-54. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112012000600034&lng=es. <http://dx.doi.org/10.3305/nh.2012.27.6.6100>.

43. Rofes L, Arreola V, Mukherjee R, Clavé P. Sensitivity and specificity of the Eating Assessment Tool and the Volume-Viscosity Swallow Test for clinical evaluation of oropharyngeal dysphagia. *Neurogastroenterol Motil.* 2014;26(9):1256-65.

44. Clavé P, Arreola V, Romea M, Medina L, Palomera E, Serra-Prat M. Accuracy of the volume-viscosity swallow test for clinical screening of oropharyngeal dysphagia and aspiration. *Clin Nutr.* 2008;27(6):806-15.

45. Rofes L, Viridiana Arreola V, Clavé P. Cap 8. La prueba de deglución volumen-viscosidad para la detección clínica de la disfagia y la aspiración. En: Cichero J. Clavé P. Los peldaños de vivir bien con disfagia. Ed. Nestlé Nutrition Institute Workshop Series. Vol. 72. Barcelona; 2011. Disponible en: <https://www.nestlenutrition-institute.org/docs/default-source/latam-document-library/publications/secured/8ff584290aac34fad34b9650762a8993.pdf?sfvrsn=0>

46. Ruiz de León A, Clavé P. Videofluoroscopia y disfagia neurogénica. *Rev. esp. enferm. dig;* 2007 : 3-6. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082007000100002&lng=es.

47. Bülow M. Cap 11. Estudio videofluoroscópico de la deglución: técnicas, signos e informes. En: Cichero J. Clavé P. Los peldaños de vivir bien con disfagia. Nestlé Nutrition Institute Workshop Series. Vol. 72. Barcelona; 2011. Disponible en: <https://www.nestlenutrition-institute.org/docs/default-source/latam-document-library/publications/secured/8ff584290aac34fad34b9650762a8993.pdf?sfvrsn=0>

48. Clavé P. Diagnóstico de la disfagia neurógena. Exploraciones complementarias en disfagia neurógena: evaluación y tratamiento. Blocs 14. Barcelona. ed: Fundació Institut Guttmann; 2002. p. 19-27.

49. Almirall J, Cabré M, Clavé P. Neumonía aspirativa. *Med Clín.* 2007;129 (11):424-32.

50. Almirall J, Cabré M, Clavé P, Gutierrez R, García-Peris P, Velasco C, et al. Capítulo 3. Complicaciones de la disfagia orofaríngea. En: Clavé P, García-Peris P. Guía de Diagnóstico y de Tratamiento Nutricional y Rehabilitador de la Disfagia Orofaríngea. 3ª edición. Barcelona: Editorial Glosa. 2015;p 31-50

51. Ramos A, Asensio A, Caballos D, Mariño MJ. Factores pronósticos de la neumonía por aspiración adquirida en la comunidad. *Med Clin (Barc).* 2002;119(3):81-4

52. De Val Lafaja A, Lopez Fornies A, San Juan Cuartero R, Esteban Gimeno AB, Villar Sampió T, Gorgas Soria C. Disfagia: un nuevo síndrome geriátrico. Resultados preliminares. *Rev Esp de Geri y Geront.* 2018;53(): 21-2.

53. Rofes L, Arreola V, Almirall J, Cabré M, Campins L, García-Peris P, Speyer R, Clavé P. Diagnosis and management of oropharyngeal Dysphagia and its nutritional and respiratory complications in the elderly. *Gastroenterol Res Pract.* 2011;2011.

54. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. *J Nut Health Aging* 2006 ; 10 : 456-465.

Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice : Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). *J. Geront* 2001 ; 56A : M366-377.

Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? *J Nutr Health Aging* 2006 ; 10 : 466-487.

® Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners . © Nestlé, 1994, Revision 2006. N67200 12/99 10M. Disponible en: www.mna-elderly.com

55. Del Rey Vitó S, Fernández Martínez C, Martínez Forte A, Pérez Campos L, González Valdivieso J, Capo Pallas M, Quero M. Disfagia: visión global y multidisciplinar. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2018;53(S1):62–164

56. Ballesteros Pomar María D., Palazuelo Amez Laura. ¿Y después del ictus, qué hacemos para nutrirle?. *Nutr. Hosp.* 2017; 34(Suppl 1): 46-56. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112017000600006&lng=es. <http://dx.doi.org/10.20960/nh.1239>.

57. Velasco MM, Arreola V, Clavé P, Puiggrós C. Abordaje Clínico de la disfagia orofaríngea: Diagnóstico y tratamiento. *Nutr Clin Med.* 2007; 174-202.

58. Valero MA, León M. Empleo de suplementos nutricionales orales basado en la evidencia. *Endocrinol Nutr.* 2005;52 Supl 2:34-40.

59. Martín A, Ortega O, Roca M, Arús M, Clavé P. Effect of A Minimal-Massive Intervention in Hospitalized Older Patients with Oropharyngeal Dysphagia: A Proof of Concept Study. *J Nutr Health Aging.* 2018;22(6):739-747.

60. Martín A. Evidencia sobre intervenciones no farmacológicas: Intervención Mínima-Masiva. En: Jornada técnica de cuidados a la disfagia; Madrid. Gobierno de Industria, economía y competitividad. Instituto de salud Carlos III Madrid;2017. Disponible en: https://encuentros.isciii.es/jornada/diapos_disfagia.html

61. Jimenez Garcia A, Lorenzo Russell OM. La terapia ocupacional. *Med Integr.* 2000;36:p.105-8

62. Martin Marin LM, Serrano Guzman M, Valenza Marie C, Cabrera Martos I. La alimentación humana. La perspectiva de la terapia ocupacional y la antropología. TOG (A Coruña) [revista en internet] 2011; 8(14): [15p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num14/pdfs/original3.pdf>

63. Gorgues Zamora Z. Ayudas técnicas para facilitar la alimentación de las personas discapacitadas. *Offarm*. 2009;28:108-13.

64. Mayuri Mody, Jeanette Nagai. A Multidisciplinary Approach to the Development of Competency Standards and Appropriate Allocation for Patients With Dysphagia *American Journal of Occupational Therapy* . 1990; vol. 44, 369-72.

65. Sánchez Muñoz LA, Calvo Reyes MC, Majo Carbajo Y, Barbado Ajo J, Aragón de la Fuente MM, Artero Ruiz EC, Municio Saldaña MI, Jimeno Carruz A. Cribado nutricional con mini nutritional assessment (MNA) en medicina interna. Ventajas e inconvenientes. *RevClinEsp*.2010;210(9):429–37.

66. Lopez Miquel J, Martí Agustí G. Mini-Examen Cognoscitivo (MEC). *Rev Esp Med Legal*. 2011;37(3):122-27.

67. Cid-Ruzafa Javier, Damián-Moreno Javier. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Rev. Esp. Salud Publica* [Internet]. 1997 ; 71(2): 127-37. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271997000200004&lng=es.

68. Palicio Martínez C, Moral Carretón M, Bárcena Goitiandia L, Martín de Francisco Murga E, Herrera Abian M, Martín-Benito Bustos C. Disfagia: comparativa en el abordaje entre geriatría y el resto de especialidades médicas. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2018;**53(S1)**:62–164

69. Cabre M., Serra-Prat M., Palomera E., Almirall J., Pallares R., Clave P. Prevalence and prognostic implications of dysphagia in elderly patients with pneumonia. *Age and Ageing*. 2009; 39(1), 39–45.

ANEXOS

Anexo 1. Cuestionario EAT - 10. Despistaje de disfagia.

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?

1 Mi problema para tragar me ha llevado a perder peso

0 = ningún problema

1

2

3

4 = es un problema serio

2 Mi problema para tragar interfiere con mi capacidad para comer fuera de casa

0 = ningún problema

1

2

3

4 = es un problema serio

3 Tragar líquidos me supone un esfuerzo extra

0 = ningún problema

1

2

3

4 = es un problema serio

4 Tragar sólidos me supone un esfuerzo extra

0 = ningún problema

1

2

3

4 = es un problema serio

5 Tragar pastillas me supone un esfuerzo extra

0 = ningún problema

1

2

3

4 = es un problema serio

6 Tragar es doloroso

0 = ningún problema

1

2

3

4 = es un problema serio

7 El placer de comer se ve afectado por mi problema para tragar

0 = ningún problema

1

2

3

4 = es un problema serio

8 Cuando trago, la comida se pega en mi garganta

0 = ningún problema

1

2

3

4 = es un problema serio

9 Toso cuando como

0 = ningún problema

1

2

3

4 = es un problema serio

10 Tragar es estresante

0 = ningún problema

1

2

3

4 = es un problema serio

B. 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.

Gracias por su atención



Para más información contacte al siguiente correo electrónico
albalc12@gmail.com

Plano de las Integras, www.integras.com, www.socioculturalintegraco.es, www.fid.es

Disfagia Orofaringéa

Folleto informativo para usuarios, cuidadores y familias.



¿QUÉ ES LA DISFAGIA OROFARÍNGEA?

Es la molestia, dificultad o imposibilidad para tragar los alimentos, tanto sólidos como líquidos.

¿QUÉ COMPLICACIONES TIENE?

- Malnutrición y deshidratación.
- Atragantamientos.
- Infecciones respiratorias repetitivas y neumonías por aspiración.
- Problemas emocionales y sociales.

SIGNOS Y SÍNTOMAS



TOS
Durante o después de comer o beber.

CARRASPEO
Sensación de atasco en la garganta.



RESTOS DE ALIMENTOS
En la boca y/o lengua, necesidad de tragar en varias veces.

ATRAGANTAMIENTOS
Con determinados alimentos y consistencias.



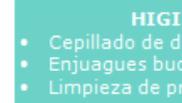
BABEO Y CIERRE LABIAL INEFICAZ
Los líquidos y sólidos se salen de la boca.

¿CÓMO PREVENIR LAS COMPLICACIONES?



ADAPTACIÓN DE LA DIETA

- Purés espesos y cohesivos y alimentos de fácil masticación.
- Adaptar los líquidos con espesantes o tomar bebidas más consistentes que permitan una deglución más segura.
- Evitar alimentos de alto riesgo de atragantamiento, secos, pegajosos, con hebras o dobles texturas.



HIGIENE ORAL

- Cepillado de dientes 3 veces al día.
- Enjuagues bucales.
- Limpieza de prótesis dentales.
- Visitas al dentista.



ESTRATEGIAS POSTURALES

- Sentado con la espalda recta y la cabeza ligeramente inclinada hacia delante en el momento de tragar.
- No dar de comer si la persona está dormida alterada, procurar que no hable mientras come. Evitar el uso de jeringas o pajitas.
- El ambiente tranquilo y sin distracciones.

Mediante la identificación precoz y aplicando estas sencillas técnicas, se intenta disminuir las complicaciones derivadas de la disfagia orofaríngea

Anexo 3. Consentimiento fundación La Caridad



D. DANIEL GIMENO GANDUL, COMO DIRECTOR DE LA FUNDACIÓN LA CARIDAD, ENTIDAD TITULAR DEL CENTRO DE DÍA 'LOS SITIOS', DOMICILIADO EN LA CALLE MORET NÚMERO CUATRO DE ZARAGOZA INCRITO EN EL REGISTRO DE ENTIDADES, CENTROS Y SERVICIOS SOCIALES CON NÚMERO 833.

AUTORIZA A:

Dña. Alba Luna Cuadros con DNI 73006362-S a realizar el estudio "Detección de Disfagia Orofaringea y estrategias de Terapia Ocupacional en personas mayores usuarias de un centro de día " en el Centro anteriormente mencionado, el acceso a los expedientes, instalaciones y todo lo necesario para poder realizar dicho estudio.

Y para que así conste, firmo la presente autorización en Zaragoza a dieciséis de octubre de 2019.

Fdo: Daniel Gimeno Gandul
Director de la Fundación La Caridad



Anexo 4. Dictamen favorable CEICA



Informe Dictamen Favorable
Trabajos académicos

C.P. - C.I. PI19/409

23 de octubre de 2019

Dña. María González Hinjos, Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

CERTIFICA

1º. Que el CEIC Aragón (CEICA) en su reunión del día 23/10/2019, Acta Nº 18/2019 ha evaluado la propuesta del Trabajo:

Título: Detección de Disfagia Orofaríngea y estrategias de terapia ocupacional en personas mayores usuarias de un centro de día

Alumna: Alba Luna Cuadros

Directora: Estela Calatayud

Versión protocolo: Versión 2 del 15-10-2019

Versión documento de información y consentimiento: Versión 2 del 15-10-2019 (participante y familiares)

2º. Considera que

- El proyecto se plantea siguiendo los requisitos de la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica y los principios éticos aplicables.
- El Tutor/Director garantiza la confidencialidad de la información, la correcta obtención del consentimiento informado, el adecuado tratamiento de los datos en cumplimiento de la legislación vigente y la correcta utilización de los recursos materiales necesarios para su realización.

3º. Por lo que este CEIC emite **DICTAMEN FAVORABLE** a la realización del proyecto.

Lo que firmo en Zaragoza

GONZALEZ
HINJOS MARIA
- DNI
03857456B

Firmado digitalmente
por GONZALEZ
HINJOS MARIA - DNI
03857456B
Fecha: 2019.10.25
15:22:01 +0200'

María González Hinjos
Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

Anexo 5. Documento de información para el participante y consentimiento informado

Documento de información para el participante y consentimiento informado

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: ABORDAJE DE LA DISFAGIA EN PERSONAS MAYORES USUARIAS DE UN CENTRO DE DÍA.

1. Introducción

Nos dirigimos a usted para invitarle a participar en un proyecto de Trabajo de Fin de Máster, de la Universidad de Zaragoza dentro del máster de Gerontología Social, en colaboración con la fundación la Caridad. Su participación es importante para obtener el conocimiento que necesitamos, pero antes de tomar una decisión debe:

- Leer este documento entero
- Entender la información que contiene este documento
- Consultar con una persona de confianza
- Tomar una decisión meditada
- Firmar este consentimiento informado, si finalmente desea participar.

Si decide participar se le entregará una copia de este documento y del consentimiento firmados. Por favor, consérvelos por si lo necesitara en un futuro.

2. ¿Por qué se le pide participar?

Si se solicita su colaboración es porque queremos avanzar en el conocimiento de la disfagia en el adulto mayor y poder hacer una detección precoz en aquellas personas que la padezcan.

3. ¿Cuál es el objetivo del estudio?

Identificar aquellas personas que padecen dificultades en la deglución para establecer un protocolo de información y educación sanitaria, con el fin de evitar las posibles complicaciones asociadas que puedan aparecer.

4. ¿Qué tengo que hacer si decido participar?

Recuerde que su participación es voluntaria y si decide dejar de participar en el estudio está en su derecho.

Se realizará en su horario habitual de asistencia al centro, se le realizarán una serie de valoraciones:

- Test de cribado de disfagia.
- Método de exploración clínica de la deglución volumen-viscosidad, que consiste en tomar líquido a diferentes consistencias y volúmenes para identificar si existe un riesgo en la deglución.
- Escala de valoración del estado nutricional.

Una vez realizado el análisis de los datos, se le repartirá un folleto informativo, con información sobre la disfagia orofaríngea, como identificarla y algunas recomendaciones.

5. ¿Qué riesgos o molestias supone?

Aunque el método de exploración clínica volumen-viscosidad, se realiza siempre con la consistencia más segura y tolerada por el participante, pueden surgir molestias relacionadas, sobre todo si usted padece dificultad para tragar los líquidos o alergia a algún componente del espesante.

6. ¿Obtendré algún beneficio por mi participación?

Al tratarse de un estudio de investigación orientado a generar conocimiento no es probable que obtenga ningún beneficio por su participación si bien usted contribuirá al avance científico y al beneficio social.

Los beneficios que puede obtener son los derivados del conocimiento y educación sobre un problema cada vez más común entre las personas mayores.

Usted no recibirá ninguna compensación económica por su participación.

7. ¿Cómo se van a gestionar mis datos?

Toda la información recogida se tratará conforme a lo establecido en el Reglamento General de Protección de datos (Reglamento UE 2016/679). En la base de datos del estudio no se incluirán datos personales: ni su nombre, ni su nº de historia clínica, ni ningún dato que le pueda identificar. Se le identificara por un código que sólo el equipo investigador podrá relacionar con su nombre.

Solo el equipo investigador tendrá acceso a los datos de su historia clínica y nadie ajeno al centro podrá consultar su historial.

Para ejercer su derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición respecto a sus datos obtenidos durante el estudio debe ponerse en contacto con el investigador principal.

Si usted decide retirar el consentimiento para participar en este estudio, ningún dato nuevo será añadido a la base de datos, pero sí se utilizarán los que ya se hayan recogido. En caso de que desee que se destruyan tanto los datos como las muestras ya recogidos debe solicitarlo expresamente y se atenderá a su solicitud.

El estudio se presentarán ante el tribunal calificador del máster de Gerontología Social de la Universidad de Zaragoza, pudiéndose publicar las conclusiones en congresos, publicaciones científicas, pero se harán siempre con datos agrupados y nunca se divulgará nada que le pueda identificar.

8. ¿Se me informará de los resultados del estudio?

Usted tiene derecho a conocer los resultados de presente estudio, tanto los resultados generales como los derivados de sus datos específicos.

Al realizar este proyecto de investigación podemos encontrar hallazgos que pueden ser relevante para la salud del participante. En el caso de que esto ocurra, nos pondremos en contacto con usted, para que se puedan tomar las medidas oportunas.

9. ¿Puedo cambiar de opinión?

Tal como se ha señalado, su participación es totalmente voluntaria, puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta de ningún modo en su asistencia al centro. Basta con que le manifieste su intención al investigador principal del estudio.

10. ¿Qué pasa si me surge alguna duda durante mi participación?

En caso de duda o para cualquier consulta relacionada con su participación puede ponerse en contacto con la investigadora, Alba Luna Cuadros a través del correo albalc12@gmail.com o al teléfono 618498130o bien con Estela Calatayud Sans, terapeuta ocupacional de la fundación la Caridad.

Muchas gracias por su atención, si finalmente desea participar, le rogamos que firme el documento de consentimiento que se adjunta.

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

TITULO: ABORDAJE DE LA DISFAGIA EN PERSONAS MAYORES USUARIAS DE UN CENTRO DE DÍA

Yo,(Nombre y apellidos del participante)

He leído el documento informado que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio y he recibido suficiente información sobre el mismo.

He hablado con Estela Calatayud/Alba Luna

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- 1) Cuando quiera
- 2) Sin tener que dar explicaciones
- 3) Sin que esto repercuta en mis cuidados habituales

Presto libremente mi conformidad para participar en esta investigación.

He recibido una copia firmada de este Consentimiento Informado:

Firma del participante	
Fecha	

He explicado la naturaleza y el propósito del estudio al participante mencionado

Firma del investigador	
Fecha	

Anexo 6. Documento de información para las familias y consentimiento informado.

Documento de información para las familias de los usuarios y consentimiento informado.

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: ABORDAJE DE LA DISFAGIA EN PERSONAS MAYORES USUARIAS DE UN CENTRO DE DÍA.

1. Introducción

Nos dirigimos a usted como familiar del usuario del centro de día Los Sitios de Zaragoza, dentro de la fundación La Caridad, para invitarle a colaborar en un proyecto de Trabajo de Fin de Máster, de la Universidad de Zaragoza dentro del máster de Gerontología Social, en colaboración con la fundación la Caridad. La participación de su familiar es importante para obtener el conocimiento que necesitamos, pero antes de tomar una decisión debe:

- Leer este documento entero
- Entender la información que contiene este documento
- Consultar con una persona de confianza
- Tomar una decisión meditada
- Firmar este consentimiento informado, si finalmente desea participar.

Si se decide participar se le entregará una copia de este documento y del consentimiento firmados. Por favor, consérvelos por si lo necesitara en un futuro.

2. ¿Por qué se le pide participar?

Si se solicita esta colaboración es porque queremos avanzar en el conocimiento de la disfagia en el adulto mayor y poder hacer una detección precoz en aquellas personas que la padezcan.

3. ¿Cuál es el objetivo del estudio?

Identificar aquellas personas que padecen dificultades en la deglución para establecer un protocolo de información y educación sanitaria, con el fin de evitar las posibles complicaciones asociadas que puedan aparecer.

4. ¿Qué hay que hacer si se decide participar?

Recuerde que esta participación es voluntaria y si decide que su familiar deje de participar en el estudio está en su derecho.

Se realizará en el horario habitual de asistencia al centro, se le realizaran una serie de valoraciones:

- Test de cribado de disfagia.
- Método de exploración clínica de la deglución volumen-viscosidad, que consiste en tomar líquido a diferentes consistencias y volúmenes para identificar si existe un riesgo en la deglución.
- Escala de valoración del estado nutricional.

Una vez realizado el análisis de los datos, se le repartirá un folleto informativo, con información sobre la disfagia orofaríngea, como identificarla y algunas recomendaciones.

5. ¿Qué riesgos o molestias supone?

Aunque el método de exploración clínica volumen-viscosidad, se realiza siempre con la consistencia más segura y tolerada por el participante, pueden surgir molestias relacionadas, sobre todo si este padece dificultad para tragar los líquidos o alergia a algún componente del espesante.

6. ¿Se Obtiene algún beneficio por la participación?

Al tratarse de un estudio de investigación orientado a generar conocimiento no es probable que se obtenga ningún beneficio por la participación de su familiar, si bien se contribuirá al avance científico y al beneficio social.

Los beneficios que se pueden obtener son los derivados del conocimiento y educación sobre un problema cada vez más común entre las personas mayores.

No se recibirá ninguna compensación económica por la participación.

7. ¿Cómo se van a gestionar los datos?

Toda la información recogida se tratará conforme a lo establecido en el Reglamento General de Protección de datos (Reglamento UE 2016/679). En la base de datos del estudio no se incluirán datos personales: ni nombre, ni nº de historia clínica, ni ningún dato que se le pueda identificar. Se le identificara por un código que sólo el equipo investigador podrá relacionar con el nombre de su familiar.

Solo el equipo investigador tendrá acceso a los datos de la historia clínica y nadie ajeno al centro podrá consultar el historial.

Para ejercer el derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición respecto a los datos obtenidos durante el estudio debe ponerse en contacto con el investigador principal.

Si usted decide retirar el consentimiento para participar en este estudio, ningún dato nuevo será añadido a la base de datos, pero sí se utilizarán los que ya se hayan recogido. En caso de que desee que se destruyan tanto los datos como las muestras ya recogidos debe solicitarlo expresamente y se atenderá a su solicitud.

El estudio se presentarán ante el tribunal calificador del máster de Gerontología Social de la Universidad de Zaragoza, pudiéndose publicar las conclusiones en congresos, publicaciones científicas, pero se harán siempre con datos agrupados y nunca se divulgará nada que le pueda identificar.

8. ¿Se me informará de los resultados del estudio?

Usted tiene derecho a conocer los resultados de presente estudio, tanto los resultados generales como los derivados de los datos específicos.

Al realizar este proyecto de investigación podemos encontrar hallazgos que pueden ser relevante para la salud del participante. En el caso de que esto ocurra, nos pondremos en contacto con usted, para que se puedan tomar las medidas oportunas.

9. ¿Puedo cambiar de opinión?

Tal como se ha señalado, la participación es totalmente voluntaria. Se puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta de ningún modo en la asistencia al centro de su familiar. Basta con que le manifieste su intención al investigador principal del estudio.

10. ¿Qué pasa si me surge alguna duda durante mi participación?

En caso de duda o para cualquier consulta relacionada con su participación puede ponerse en contacto con la investigadora, Alba Luna Cuadros a través del correo albalc12@gmail.com o al teléfono 618498130o bien con Estela Calatayud Sanz, terapeuta ocupacional de la fundación la Caridad.

Muchas gracias por su atención, si finalmente desea participar, le rogamos que firme el documento de consentimiento que se adjunta.

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

TITULO: ABORDAJE DE LA DISFAGIA EN PERSONAS MAYORES USUARIAS DE UN CENTRO DE DÍA

Yo, (Su nombre y apellidos) Como familiar de Usuario del CD Los Sitios.

He leído el documento informado que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio y he recibido suficiente información sobre el mismo.

He hablado con Estela Calatayud/Alba Luna.

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- 1) Cuando quiera
- 2) Sin tener que dar explicaciones
- 3) Sin que esto repercuta en mis cuidados habituales

Presto libremente mi conformidad para participar en esta investigación.

He recibido una copia firmada de este Consentimiento Informado:

Firma del familiar	
Fecha	

He explicado la naturaleza y el propósito del estudio al participante mencionado

Firma del investigador	
Fecha	

Anexo 7. Carta informativa.

Carta informativa para los usuarios/familias del CD Los Sitios (Fundación la Caridad) Zaragoza.

Estimado usuario/familiar del CD Los Sitios.

Mi nombre es Alba Luna Cuadros, soy alumna del máster de Gerontología Social de la Universidad de Zaragoza. El motivo de la presente carta es invitarlos a participar en el proyecto de investigación que estoy llevando a cabo en colaboración con la Fundación la Caridad.

En trabajo consiste en identificar a todas aquellas personas usuarias del centro que padecen dificultades en la deglución, lo que llamamos disfagia orofaríngea. Para ello, necesitamos su colaboración, primero firmando el consentimiento que trae esta carta y segundo rellenando los test que se adjuntan. Posteriormente se procederá a realizar el test de diagnóstico de disfagia Método volumen-viscosidad, ideado por el Dr. Peré Clavé. Con el fin de identificar las dificultades en la deglución. Se les entregará al finalizar el estudio un folleto informativo.

Ante todo comunicarles que toda la información recogida se tratará conforme a lo establecido en el Reglamento General de Protección de datos (Reglamento UE 2016/679).

La manera de nos puede devolver la información podrá ser: directamente en un sobre a la atención de Estela Calatayud o Susana Arilla o por correo electrónico a la dirección albalc12@gmail.com. Si tiene cualquier duda no dude en contactar telefónicamente en el número 618498130.

Por lo que les ruego nos ayuden a colaborar con el proyecto, firmando el consentimiento y rellenando los test adjuntos, para poder conocer más sobre un tema poco conocido pero que cada vez va adquiriendo una mayor importancia en el área médica y terapéutica.

Reciba un cordial saludo,

Alba Luna Cuadros
Nº Colegiada 617

Anexo 8. Adaptación del MNA para rellenar por los familiares de los usuarios.

CRIBAJE Mini Nutritional Assessment (MNA) ADAPTADO

Rellene los datos personales de su familiar y después conteste a las preguntas sobre su familiar rodeando la respuesta que crea conveniente.

NOMBRE Y APELLIDOS:

EDAD:

SEXO:

PESO (kg):

ALTURA

(cm):

A. ¿Ha perdido el apetito? (Rodear la respuesta, si, no, no lo sabe)

si no

¿Ha comido menos de lo normal en los últimos 3 meses? si no

¿Tiene problemas para tragar o masticar? si no no lo sabe

¿Come menos que antes o mucho menos? menos mucho menos

B. ¿Ha perdido peso sin proponérselo en los últimos 3 meses? si no

¿Cuántos kilos cree que ha perdido?

más de 3 kg entre 1 y 3 kg no ha perdido peso

C. ¿Es capaz de levantarse de la cama o silla o silla de ruedas sin ayuda? si no

¿Puede moverse por casa sin dificultad? si no

¿Puede salir a la calle sin dificultad? si no

D. ¿Recientemente, ha estado muy enfermo (enfermedad aguda)? si no

¿Recientemente, ha estado estresado? si no no lo sabe

E. ¿Tiene algún tipo de demencia?

no demencia leve demencia moderada demencia grave

¿Tiene tristeza profunda o prolongada?

si no no lo sabe