



**ESCUELA
DE ENFERMERÍA
Y FISIOTERAPIA**



SAN JUAN DE DIOS

Trabajo Fin de Grado de Enfermería

Título:

Intervención enfermera en personas mayores con desnutrición asociada a disfagia. Un estudio en residencias de la Comunidad de Madrid.

Alumno: Cristina Berciano Posada

Director: Soledad Ferreras Mencía

Madrid, mayo de 2023

Índice

Índice	2
RESUMEN	4
ABSTRACT	5
PRESENTACIÓN	6
FUNDAMENTACIÓN O ESTADO DE LA CUESTIÓN	8
1. FISIOLÓGÍA DE LA DEGLUCIÓN.....	8
2. ALTERACIONES DE LA DEGLUCIÓN. LA DISFAGIA.....	10
2.1. PREVALENCIA.....	10
3. CAUSAS Y TIPOS	11
3.1. LA DISFAGIA OROFARÍNGEA	13
3.2. LA DISFAGIA ESOFÁGICA.....	14
3.3. DIFERENCIACIÓN ENTRE DISFAGIA OROFARÍNGEA Y ESOFÁGICA. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.	14
3.4. RELACIÓN ENTRE LA DISFAGIA Y EL ENVEJECIMIENTO	16
4. COMPLICACIONES.....	17
4.1. DESNUTRICIÓN Y DESHIDRATACIÓN	17
4.2. COMPLICACIONES RESPIRATORIAS: BRONCOASPIRACIÓN Y NEUMONÍA	18
5. DIAGNÓSTICO.....	19
5.1. EVALUACIÓN CLÍNICA.....	19
5.2. PRUEBAS DIAGNÓSTICAS.....	22
6. TRATAMIENTO	25
6.1. MODIFICACIONES EN LA DIETA, CONSISTENCIA Y TEXTURA DE LOS ALIMENTOS.....	25
6.2. ESTRATEGIAS POSTURALES:.....	26
6.3. ESTRATEGIAS DE INCREMENTO SENSORIAL:	27
6.4. MANIOBRAS DEGLUTORIAS ESPECÍFICAS:	27
6.5. PRAXIAS NEUROMUSCULARES:.....	28
6.6. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO Y FARMACOLÓGICO DEL ESFÍNTER ESOFÁGICO SUPERIOR:	28

JUSTIFICACIÓN	30
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN	32
1. OBJETIVOS.....	32
2. DISEÑO DEL ESTUDIO.....	32
3. PARTICIPANTES.....	33
4. INTERVENCIÓN	34
5. VARIABLES E INSTRUMENTOS DE RECOGIDA DE DATOS	36
6. RECOGIDA DE DATOS.....	40
REFERENCIAS.....	46
ANEXOS.....	48
ANEXO 1. ESCALA MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT (MNA)	48
ANEXO 2. CUESTIONARIO DE VALORACIÓN DE DISFAGIA (CVD)	49
ANEXO 3. PRESENTACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN A LOS DIRECTORES DE RESIDENCIAS PRIVADAS DE LA COMUNIDAD DE MADRID.....	50
ANEXO 4. CONSENTIMIENTO INFORMADO	51

RESUMEN

Introducción: El presente proyecto de investigación explicado en este trabajo trata un tema muy importante en la enfermería tal y cómo es las alteraciones del Estado nutricional, en este caso provocados por disfagia. Es una parte muy importante de enfermería el cuidado del individuo desde el punto de vista nutricional ya que se trata de un factor fundamental para el ser humano. La disfagia es una enfermedad cuya prevalencia aumenta con el envejecimiento y que una de sus complicaciones es la desnutrición; aunque se traten de dos patologías comunes en el anciano, también las podemos encontrar al mismo tiempo.

Objetivos: Este estudio pretende elaborar un protocolo de actuación para implantar así una guía de intervenciones de enfermería con la finalidad de mejorar el estado nutricional asociado a disfagia en ancianos de residencias.

Metodología: Diseño cuasi experimental con una muestra de estudio conformada por ancianos con desnutrición en residencias privadas del sur de la Comunidad de Madrid.

Implicaciones para la práctica enfermera: Aportar una guía o protocolo a los profesionales de salud de residencias, en especial a profesionales de enfermería, para el diagnóstico y mejora del estado nutricional de los pacientes con disfagia, aportando un marco teórico y unos resultados de investigación.

Palabras clave: Disfagia, deglución, alteraciones de la deglución, personas mayores.

ABSTRACT

Introduction: The current investigation project deals with a very important topic in nursing, such as alterations in the nutritional status caused by dysphagia. The nutritional status is a very important part of a nurse's job since it is a crucial factor for the human being. Dysphagia's prevalence increases with aging and one of its most common complications is malnutrition. Although malnutrition and dysphagia are two common pathologies in the elderly, we can also find them simultaneously. This study aims to verify the results of this nursing protocol project and its impact on the nutritional status of patients suffering from malnutrition associated with dysphagia.

Objectives: This project means to develop a protocol to implement a nursing guide to study the nutritional status associated with dysphagia in the elderly in nursing homes.

Methodology: it is a quasi-experimental design with a study sample made up of elderly people with malnutrition in private residences in the south of the Community of Madrid.

Implications for the practice of Nursing: To provide a guide or protocol for residential health professionals, especially nursing professionals, for the diagnosis and improvement of the nutritional status of patients with dysphagia, providing a theoretical framework and research results.

Keywords: Dysphagia, swallowing, swallowing disorders, elderly people.

PRESENTACIÓN

El presente Trabajo de Fin de Grado de Enfermería aborda un proyecto sobre la creación de un protocolo para la intervención enfermera en la mejora del estado nutricional asociado a una disfagia en personas mayores en residencias del sur de la Comunidad de Madrid.

Este tema que he decidido escoger para la elaboración del trabajo surge de un interés personal hacia la patología de disfagia y la necesidad de profundizar en la literatura científica que existe al respecto.

Respecto a mi motivación individual sobre este tema, en mi primer rotatorio de prácticas participe en la atención de un paciente con disfagia y me di cuenta de que los profesionales sanitarios muchas veces no conocían muchas de las medidas de atención a estos pacientes y no sabían cómo ayudarles. Creo que especialmente en las residencias de ancianos debido al alto ratio que existe entre residencias y enfermeras y otros profesionales de salud, es importante que exista un protocolo para la atención de pacientes que presentan desnutrición que este causada por una posible disfagia, y que las enfermeras cuenten con una guía de atención al residente con disfagia mejorando así su calidad de vida y su estado nutricional, como objetivo final.

La desnutrición es uno de los problemas más comunes en ancianos, en especial en aquellos que residen en centros de mayores, además se trata de un problema de salud con difícil solución debido a que influyen numerosos factores.

La decisión de realizar este proyecto en residencias se debe a que la disfagia está muy relacionada con el envejecimiento, al igual que la desnutrición, luego creo que se obtendrán mejores resultados tomando como muestra ancianos con desnutrición provocada por disfagia en residencias privadas del sur de la Comunidad de Madrid.

Además, era mi idea el poder satisfacer una necesidad de las enfermeras que tratan con pacientes con desnutrición asociada a una disfagia, creando un protocolo establecido y educando a estas respecto a la patología y las medidas a tomar en estos individuos. El estado nutricional y la disfagia son enfermedades muy relevantes para enfermería al afectar la calidad de vida de los residentes, siendo las enfermeras las que se hayan al pie de la cama del paciente y las que deben contar con conocimientos acerca de la teoría y las actuaciones que deben tomar para ayudar a estos individuos.

Ante este problema de salud contemplado anteriormente, surge la necesidad de investigar e indagar en la literatura científica y los conocimientos existentes respecto a la temática abordada en este trabajo, y poder identificar todos aquellos factores en los que como profesionales de enfermería podemos intervenir para así aportar un beneficio a los pacientes.

Finalmente, me gustaría dar las gracias a mi tutora de Trabajo de Fin de Grado, Soledad Ferreras Mencía, por su apoyo, ayuda, confianza, acompañamiento y orientación durante el desarrollo de este trabajo, así como su guía en la consolidación de mi idea inicial en un proyecto de investigación que consideramos interesante y de gran importancia que podría ayudar a los profesionales de enfermería.

FUNDAMENTACIÓN O ESTADO DE LA CUESTIÓN

Se expone a continuación la información que fundamenta el objetivo de este proyecto. Esta información recogida de artículos científicos y otros documentos de validez científica han sido localizados en bases de datos tales como Pubmed, Dialnet,; mediante una serie de palabras clave para guiar la búsqueda como "disfagia", "deglutition problems", "dysphagia", además del uso de los tesauros AND Y OR que filtran y guiaban dichas búsquedas.

Se han localizado 48 ARTICULOS y finalmente se han selecciona solo 21, los cuales serán referenciados al final del documento.

1. FISIOLOGÍA DE LA DEGLUCIÓN

La deglución (Ponce, Garrigues, Ponce, & Ortiz, 2007) es un complejo proceso en el que es necesaria una perfecta coordinación de numerosos grupos musculares de la boca, la faringe, la laringe y del esófago, iniciando tras esta el proceso de digestión de alimentos. Los músculos que intervienen en el proceso de deglución poseen una rica innervación a través del centro de deglución y los pares craneales V, VII, IX, X y XII.

La fase oral incluye tres acciones básicas: la masticación, la formación del bolo alimenticio y su propulsión y paso a la faringe. A continuación, se produce la fase faríngea, constituida por una serie de procesos altamente coordinados de manera secuencial, primero se produce el cierre de la nasofaringe mediante el velo del paladar, después la elevación y cierre de la laringe, la apertura del esfínter esofágico superior (EES) y contracción de parte de la musculatura faríngea. Todos estos procesos permiten que el bolo alimenticio entre al esófago sin que sea posible su paso a vía aérea y el reflujo de restos de alimentos hacia la nariz; es decir, supone una variación de la función de la orofaringe, la cual pasa de ser vía respiratoria a ser vía deglutoria, gracias a la apertura de la entrada al esófago y el cierre de la entrada laríngea. Una vez que el bolo llega al esófago se inicia la fase esofágica, esta fase hace posible que el bolo entre en el estómago gracias a la contracción peristáltica del esófago y su consecutiva relajación coordinada del esfínter esofágico inferior (EEI). El inicio de todo el proceso de la deglución se puede desencadenar tanto por el estímulo de receptores localizados en la lengua, el paladar blando, la úvula, la pared posterior de faringe y de la laringe, como por una orden controlada y directa enviada desde el sistema nervioso central.

La fase oral es una acción voluntaria (Panebianco, Marchese-Ragona, Masiero, & Restivo, 2020) mientras que la fase faríngea es considerada una respuesta refleja, toda la secuencia orofaríngea de la deglución dura entre 0,6 y 1,0 segundos. Por otro lado, la fase esofágica es controlada principalmente por el sistema nervioso somático y autónomo en conjunto y su duración es más lenta, oscilando los 10 segundos.

El proceso deglutorio (Suárez-Escudero, Rueda Vallejo, & Orozco, 2018) no se produce exclusivamente a las acciones musculares de la faringe, sino que también es el resultado de una serie de procesos neurológicos centrales y periféricos, donde ciertas estructuras de aparato digestivo incluyendo a la laringe transportan con seguridad el bolo alimenticio de la cavidad oral al estómago. Este control neurológico es de gran complejidad y en él participan elementos del sistema nervioso central, del sistema nervioso periférico y efectores.

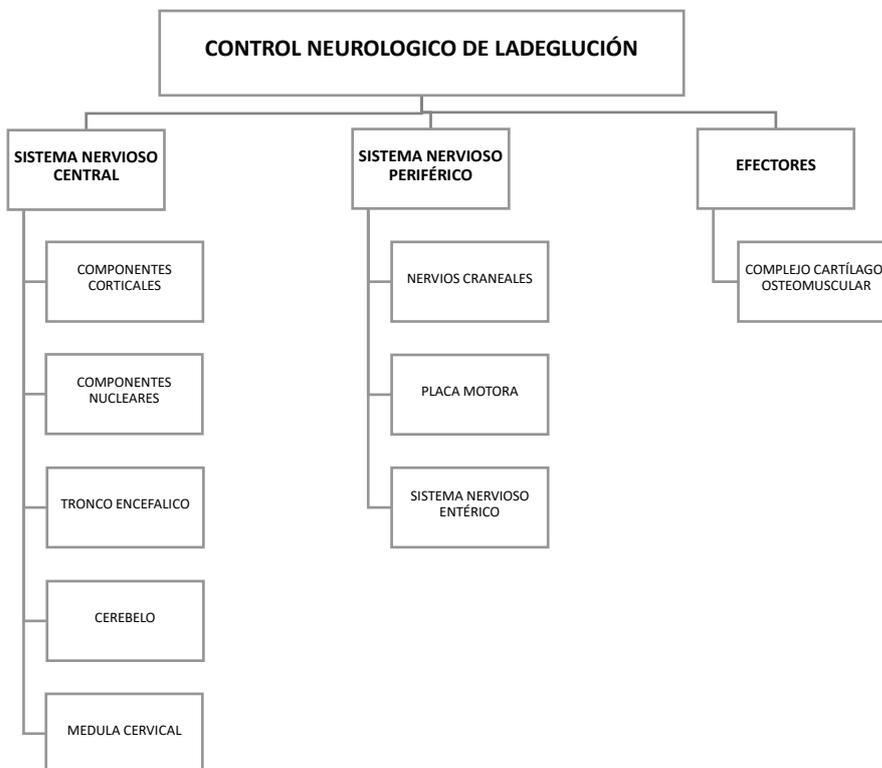


Figura 1. Control neurológico de la deglución. Adaptado de Suárez-Escudero, J. C., Rueda Vallejo, Z. V., & Orozco, A. F. (2018).

2. ALTERACIONES DE LA DEGLUCIÓN. LA DISFAGIA

Las alteraciones que se producen en el proceso de deglución, o disfagia, se pueden definir como la incomodidad para llevar el bolo alimenticio desde la boca hasta el estómago. Las alteraciones de la deglución o disfagia suponen un grave problema para el individuo. (del Rey Vitó et al., 2018)

2.1. PREVALENCIA

Al tratarse de una patología de etiología muy variable y de perfil de pacientes tan complejo, la prevalencia descrita para disfagia es variable (Ariza Galindo & Rojas Aguilar, 2020); pero se calcula una media del 15 % de disfagia en ancianos que viven en comunidad y hasta del 30 % en ancianos que se encuentran ingresados en hospital. Otros autores describen una prevalencia de disfagia del 10 % en ancianos que viven en comunidad y una del 50 % en ancianos residentes en hogares geriátricos; En otros casos se documenta una prevalencia entre el 7 % y el 22 % en individuos mayores de 65 años. En Colombia, un estudio dirigido en un centro especializado en gastroenterología por Frías Ordóñez et al., (2018), se manifestó una baja prevalencia de disfagia (2,7 %); sin embargo, en este estudio se incluyeron pacientes jóvenes. Entre el 27 % y el 50 % de los pacientes que han sufrido un accidente cerebrovascular (ACV) presentan disfagia y, por ende, un mayor riesgo de discapacidad grave e incluso muerte como consecuencia. Algunos de los trastornos neurocognitivos que cuentan con más prevalencia de disfagia son la demencia por enfermedad de Alzheimer (en fases iniciales y tardías), la demencia frontotemporal (en fases más avanzadas), la demencia de origen vascular, la demencia por enfermedad de Parkinson, la demencia por cuerpos de Lewy y la parálisis supranuclear progresiva, la cual afecta todas las fases deglutorias.

3. CAUSAS Y TIPOS

La clasificación de la disfagia es compleja debido a que hay muchas patologías cuyo síntoma es la alteración de la deglución. Para poder realizar una correcta clasificación debemos distinguir la disfagia según su localización y según las causas de esta. La disfagia (Khan, A., Carmona, R., & Traube, M., 2014) puede ser orofaríngea, esofágica o una combinación de ambas. La disfagia orofaríngea afecta a la correcta función de deglución desde la boca hasta la entrada al esófago, mientras que la disfagia esofágica es aquella que se produce tras la entrada al esófago. Por otro lado, debemos destacar que las causas de la disfagia pueden ser de tipo estructural u obstructivo y de tipo funcional, neuromuscular o motora (Polo Luque, María Luz, 2011). La primera es producida por lesiones estructurales que impiden la progresión de alimentos y constituye el 80% de los casos, mientras que la segunda está causada por alteraciones de los mecanismos de deglución que dificultan la deglución de líquidos y alimentos de doble textura principalmente, y constituye el 20% de las disfagias, luego, podemos clasificar la disfagia cómo:

Según su localización	Según el tipo de alteración	Causas
DISFAGIA OROFARÍNGEA	ALTERACIONES ESTRUCTURALES	Inflamatorias Neoplásicas Anillos congénitos Compresión extrínseca Tumores en cabeza o cuello Resecciones quirúrgicas Xerostomía Divertículo de Zenker Acalasia cricofaríngea Membrana faríngea
	ALTERACIONES FUNCIONALES	Accidente cerebrovascular Parálisis cerebral Enfermedad de Alzheimer Enfermedad de Parkinson Tumores cerebrales Esclerosis lateral amiotrófica Enfermedades congénitas /degenerativas del SNC Disautonomía familiar Neuropatía periférica Poliomielitis funcional Distrofia muscular Miositis primarias Mielopatías metabólicas Dermatomiositis Lupus eritematoso
DISFAGIA ESOFÁGICA	ALTERACIONES ESTRUCTURALES	Estenosis esofágica Objetos extraños Tumores Anillo de Schatzki
	ALTERACIONES FUNCIONALES	Esofagitis Reflujo esofágico Acidez Globo faríngeo Medicaciones Infecciones Acalasia Alteraciones de la motilidad esofágica

Figura 2. Clasificación de la disfagia según su causa y tipos. Veitía, G. (2009). Disfagia orofaríngea. *Gen*, 63(4), 302-307. Retrieved from http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0016-35032009000400014&lng=es&nrm=iso&tlng=es

3.1. LA DISFAGIA OROFARÍNGEA

La disfagia orofaríngea (Wilkinson, Codipilly, & Wilfahrt, 2021) es aquella cuya causa se debe a una alteración estructural o funcional en la zona orofaríngea, que abarca desde la parte posterior de la boca hasta el esfínter esofágico superior. Este tipo de disfagia puede estar causado por alteraciones estructurales o funcionales.

Las causas estructurales u obstructivas son aquellas que impiden que el bolo alimenticio progrese por la vía digestiva de forma adecuada. Una de las causas estructurales más comunes son el del cáncer de cabeza y cuello, el divertículo de Zenker, osteofitos cervicales, barra y acalasia del cricofaríngeo, linfadenopatías, bocio o como efecto de tratamientos como la quimiorradiación, radiación o cirugías recientes. (Wilkinson, Codipilly, & Wilfahrt, 2021). Como se ha destacado previamente, las causas estructurales constituyen el 80% de las causas (Khan, A., Carmona, R., & Traube, M., 2014).

Por otro lado, las causas funcionales son las que afectan a la eficacia del mecanismo de deglución, también son denominadas causas neuromusculares o motoras. Muy frecuentemente la disfagia está causada por enfermedades neurológicas como la esclerosis lateral amiotrófica, esclerosis múltiple, miastenia gravis o diferentes miopatías. También hay que destacar las enfermedades progresivas como la enfermedad de Alzheimer, la enfermedad de Parkinson, ictus y sarcopenias que por afectación del sistema nervioso central pueden causar dificultad para deglutir. Otras causas son la xerostomía o boca seca, alteraciones de la dentición, y reacciones secundarias a medicaciones como los antipsicóticos. (Wilkinson, Codipilly, & Wilfahrt, 2021). Las enfermedades de origen neurológico pueden afectar la musculatura lisa o estriada digestiva

3.2. LA DISFAGIA ESOFÁGICA

En el caso de la disfagia esofágica (Wilkinson, Codipilly, & Wilfahrt, 2021), la alteración que causa una deglución alterada está localizada en el esófago, a partir del esfínter esofágico superior.

La disfagia esofágica (Khan, A., Carmona, R., & Traube, M., 2014) tiene menor incidencia que la orofaríngea con un 20% y un 80% respectivamente.

Algunas de las causas estructurales de esta patología son tumores o masas extrañas, acalasia esofágica, o patologías más específicas como el anillo de Schatzki; estas patologías impiden la progresión del bolo alimenticio por una alteración anatómica del esófago. Las causas funcionales de este tipo de disfagia son alteraciones como el reflujo crónico y esofagitis, acidez crónica, sustancias como algunas sustancias, alcohol y fármacos; y alteraciones de la motilidad y contractibilidad esofágica. (Wilkinson, Codipilly, & Wilfahrt, 2021)

3.3. DIFERENCIACIÓN ENTRE DISFAGIA OROFARÍNGEA Y ESOFÁGICA. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

En primer lugar, se debe determinar si la disfagia es de tipo esofágico u orofaríngeo (Park, M. I., 2021). El diagnóstico precoz es fundamental debido al alto riesgo de los pacientes que padecen disfagia o faríngea de padecer complicaciones como aspiraciones y neumonías asociadas. Para poder diferenciar entre disfagia oro faríngea y disfagia esofágica debemos valorar detalladamente los síntomas que presenta el paciente y así realizar un diagnóstico diferencial. Aunque la disfagia es una patología muy común con el envejecimiento, esta no es su única causa, por eso es importante saber diferenciar esa causa de forma precoz. El momento, intensidad, localización y características de los síntomas pueden ayudar a aclarar cuál es la causa específica de esa disfagia.

Los pacientes que acuden a un centro sanitario por disfagia (Park, M. I., 2021) refieren síntomas localizados en el cuello y dificultad para iniciar el proceso de deglución. Estos pacientes suelen padecer reflujo nasofaríngeo, aspiraciones o la sensación de tener la vía obstruida o de restos alimenticios en la faringe. Otros síntomas de la disfagia orofaríngea son el babeo, sialorrea, derrame de alimentos, deglución fragmentaria, tos, asfixia, disfonía y la deglución disartria. Los pacientes que padecen disfagia esofágica

refieren dificultad para tragar segundos tras iniciar el proceso de deglución y refieren la sensación de comida estancada entre el esófago superior y el estómago. Estos pacientes no suelen localizar el lugar de la obstrucción respecto a su localización verdadera. Pese a que la localización sea difícil de determinar teniendo en cuenta la anamnesis del paciente, si la obstrucción la refiere en la zona detrás del esternón se considera esta la localización verdadera. Debido a que hay diversas patologías que pueden manifestarse con disfagia oro faríngea, debemos prestarle especial atención, por ejemplo, en el caso de cáncer de cuello y cabeza, accidente cerebrovascular, cirugía de cabeza cuello o columna, anomalías del sistema nervioso central y periférico. Aquellos pacientes que padecen de una enfermedad neurológica tienen alta probabilidad de padecer disfagia, incluso de sufrir de disfagia o faríngea y esofágica a la vez. Para que el proceso de diagnóstico sea más precoz especialmente en el caso de la disfagia oro faríngea se recomienda valorar la historia clínica y realizar una anamnesis y exploración física, además de diferentes pruebas de deglución en aquellos pacientes que manifiestan síntomas indicadores de esta patología para así evitar o tratar de forma precoz las posibles complicaciones.

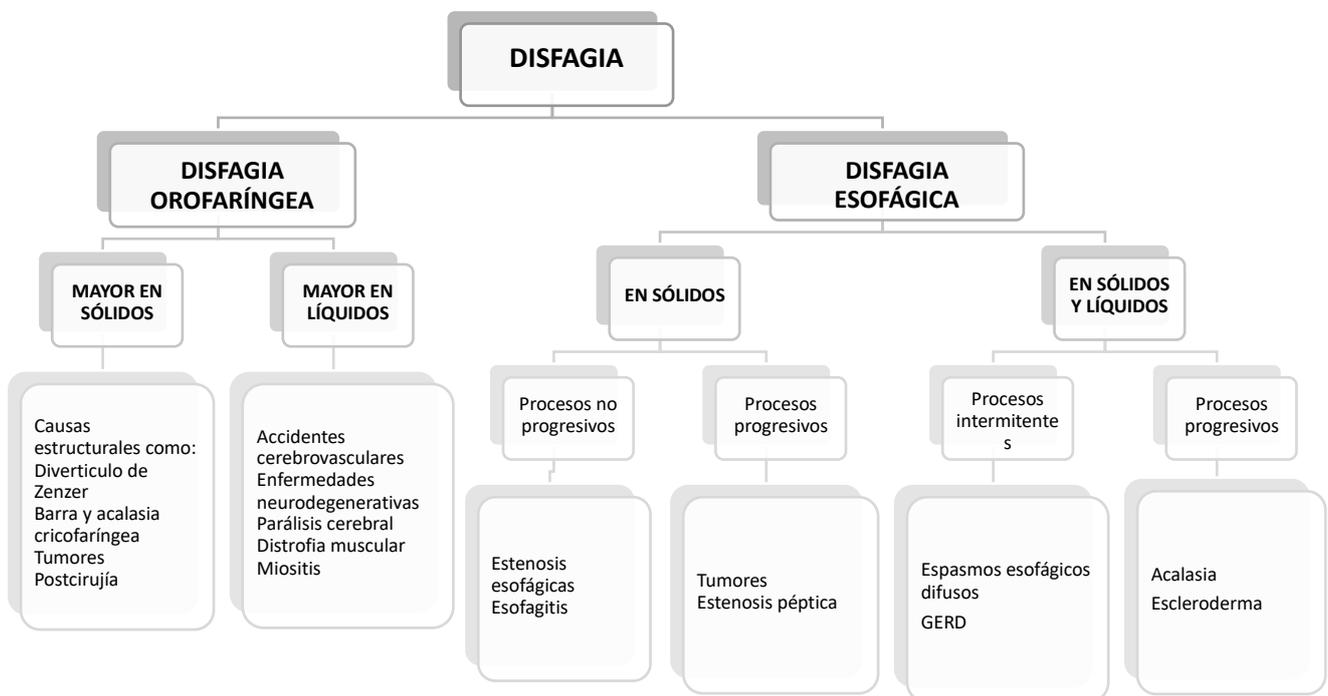


Figura 3. Causas más frecuentes de disfagia según su tipo. *McCarty, E. B., & Chao, T. N. (2021)*

3.4. RELACIÓN ENTRE LA DISFAGIA Y EL ENVEJECIMIENTO

Fisiológicamente, la deglución cambia con la edad (Sura, Madhavan, Carnaby, & Crary, 2012). Se produce una reducción en la elasticidad del tejido conectivo y también disminuye la masa muscular del individuo, por lo cual, se pierde fuerza y capacidad motriz. Además, se ven afectadas otras funciones como el gusto y la producción de saliva por la mucosa oral, por lo que disminuye el rendimiento deglutorio. Estos cambios que se producen con el envejecimiento pueden hacer que el tracto digestivo superior pierda efectividad y eficiencia; como norma general con la edad todas en las personas se produce una ralentización de los procesos deglutorios. Con la edad, a fase de preparación oral de la deglución requiere de más tiempo y el transporte del bolo alimenticio se produce con más lentitud, e incluso puede producir que parte del material ingerido pase a vías aéreas. Sin embargo, todos estos cambios mencionados que se producen con la edad se producen en el envejecimiento saludable humano, pero puede traducirse en alteraciones relacionadas con la ingesta. El principal factor que contribuye a la presencia de disfagia en ancianos son las enfermedades relacionadas con la edad.

4. COMPLICACIONES

La gravedad de la disfagia en ancianos (Rofes et al., 2011) es muy variable y fluctúa desde la dificultad leve y moderada, hasta la incapacidad total para deglutir. Los problemas para deglutir pueden generar una serie de complicaciones en los ancianos como pueden ser, por ejemplo: la deshidratación o la desnutrición (por la disminución de la eficacia deglutoria, esta complicación está presente hasta en un 25% al 75% de los pacientes que sufren de disfagia), la broncoaspiración y la asfixia (la entrada de restos de alimentos a la vía aérea puede producir en neumonía en la mitad de los casos, teniendo esta última una mortalidad asociada del 50%).

Pese a que todos estos cambios mencionados afectan al proceso de la deglución esto se producen en todos los individuos durante el envejecimiento aun así el principal factor contribuyente a la disfagia se trata de enfermedades relacionadas con la edad. (Rofes et al., 2011)

4.1. DESNUTRICIÓN Y DESHIDRATACIÓN

Cuando se produce una alteración en la deglución de un individuo, se puede reducir la alimentación oral y por tanto provocar otros problemas como la deshidratación o la desnutrición (Rofes et al., 2011), es por eso por lo que se debe vigilar el estado nutricional del paciente e introducir estrategias dietéticas para mejorar la ingesta calórica y evitar esta complicación. La desnutrición y la deshidratación son complicaciones que se dan hasta en el 30% de los pacientes con disfagia provocada por alteraciones neurológicas, y el 55% de ancianos con disfagia son considerados pacientes en riesgo de desnutrición estando relacionado la gravedad de la disfagia con la gravedad de dicha desnutrición. La deshidratación y la desnutrición son complicaciones muy frecuentes entre los pacientes con disfagia, especialmente aquellos que padecen de disfagia orofaríngea que dificulta el proceso de ingesta de alimentos y líquidos lo cual puede desencadenar otros problemas de salud. Esta afectación a la eficacia de la deglución puede provocar casos de sarcopenia, puede provocar inmunodepresión, úlceras por presión, infecciones recurrentes, hipovolemia, puede afectar también a la capacidad de cicatrización y curación de heridas; llegando a provocar o empeorar el proceso de fragilidad en ancianos su capacidad funcional e incluso producir la muerte del individuo.

Por ello en los últimos años se han incorporado al sistema sanitario una serie de protocolos y guías dietéticas ayudando a todos los pacientes que padecen algún tipo de

alteración dietética e incluyendo así a los pacientes con disfagia que padecen de desnutrición y deshidratación. Debido al riesgo de mortalidad y morbilidad de esta complicación de la disfagia se debería de realizar una evaluación nutricional a todos aquellos pacientes ancianos con disfagia orofaríngea para detectar los casos de desnutrición, deshidratación o riesgo nutricional en nuestra población. Para ello existen varias herramientas o instrumentos de valoración y detección de alteración nutricional para evaluar diferentes poblaciones. (Rofes et al., 2011)

4.2. COMPLICACIONES RESPIRATORIAS: BRONCOASPIRACIÓN Y NEUMONÍA

La prevalencia y la incidencia de la neumonía por aspiración está mal definida sin embargo aumenta de forma directa con la edad y con las enfermedades basales del individuo (Rofes et al., 2011). Se sabe que el riesgo de padecer esta complicación aumenta en ancianos debido a la incidencia de disfagia en esta población.

La fisiopatología de la neumonía provocada por la aspiración y se debe a la afectación de una serie de factores de riesgo que afectan la función de deglución provocando así la aspiración de alimentos y líquidos y que contribuyen a la colonización bacteriana de las vías respiratorias del individuo. la presencia de aspiración por disfagia es un predictor de casos de neumonía y de probabilidad de rí o espiritualización, además, es importante destacar que no todos los pacientes en los que se produce aspiración desarrollan después una neumonía. Aun así, existen otros factores de riesgo de desarrollo de neumonía por aspiración como puede ser la inmunodepresión del huésped, el reflejo de tos anormal, aclaramiento faríngeo anormal, la edad avanzada, los accidentes cerebrovasculares, el mal estado nutricional, el tabaquismo, y la higiene bucal deficiente, que determina la cantidad de calidad de colonizaciones patógenas que en caso de aspiración pueden entrar a vía aérea provocando una neumonía. (Rofes et al., 2011)

La patogenia de la neumonía por aspiración ha sido revisada recientemente y presume la contribución de factores de riesgo que alteran la función deglutoria, provocan aspiración y predisponen a la orofaringe a la colonización bacteriana. La prevalencia de esta complicación es variable debido a que pueden darse casos de aspiración con penetración hasta el vestíbulo laríngeo, aspiración silenciosa (sin síntomas como la tos) y de residuos orofaríngeos, pero la incidencia de la aspiración se da en 40-50% de los ancianos. (Rofes et al., 2011)

5. DIAGNÓSTICO

Respecto a los métodos de diagnóstico de la disfagia, debemos hablar tanto de la evaluación clínica como de las pruebas diagnósticas. Dentro de la evaluación clínica, se debe realizar una anamnesis del paciente y un estudio de su historia clínica, así como un examen físico. Entre las pruebas mencionadas debemos destacar las más relevantes y usadas, cómo son: la prueba de trago de bario, la endoscopia superior, la manometría de alta resolución y la impedancia esofágica intraluminal.

5.1. EVALUACIÓN CLÍNICA

5.1.1. Historia y anamnesis

La realización de una historia clínica cuidadosamente (Selvanderan, S., Wong, S., Holloway, R., & Kuo, P., 2021) se trata del primer paso del diagnóstico del paciente con disfagia coma y el más importante. En esta fase los pacientes referirán la sensación de que la comida o bebida se retiene se detiene o se atasca en el tracto digestivo superior como así sin embargo es muy poco común que nos comuniquen otros aspectos tales como el malestar retroesternal, náuseas, vómitos y regurgitación. Los objetivos principales de esta primera fase de estudio de la historia clínica y anamnesis en el paciente con disfagia son el verificar la presencia de una disfagia verdadera, en especificar si se trata de disfagia orofaringe u esofágica, y determinar si esta disfagia está causada por una anomalía estructural o motriz. Cuando esta distinción es realizada de forma temprana en el proceso de atención al paciente, nos sirve de guía en la posterior investigación además de ser una técnica diagnóstica en sí misma. Es importante descartar otros diagnósticos con sintomatología similar que puedan ser confundidos con un caso de disfagia. La dificultad para tragar referida por los pacientes no tiene por qué deberse a un caso de disfagia, una distinción importante es que en el caso de la disfagia el globus (o la sensación de un bulto o cuerpo extraño en la garganta) es percibido tanto durante las comidas como entre ellas. La xerostomía, o la sequedad oral, puede percibirse como un síntoma de disfagia cuando puede ser un problema aislado. Por último, coma el dolor para tragar, u odinofagia, es más comúnmente un síntoma de un proceso inflamatorio en la mucosa del esófago y de duración transitoria cuando el bolo alimenticio pasa por el esófago.

La información que nos da el paciente también es de mucha ayuda para determinar si el paciente tiene disfagia o no y la tipología de esta. Por ejemplo, según el lugar en el que el paciente localiza que la comida queda atascada o cuesta que pase puede

determinar el tipo de disfagia que tiene; cuando se trata de una sensación de localización supraesternal puede indicar un problema de disfagia orofaríngea, mientras que si la localización de dicha molestia es en la zona retroesternal inferior puede indicar un problema de disfagia esofágica. Sin embargo, no podemos limitarnos a este tipo de distinción debido a que es muy poco específica Y la ideología de esta molestia puede no ser la que en un principio creemos. (Selvanderan, S., Wong, S., Holloway, R., & Kuo, P., 2021)

Es características individuales de cada paciente tales como la edad pueden orientar nuestro diagnóstico diferencial, los ancianos tienen una mayor probabilidad de tener disfagia de tipo orofaríngeo o de causa maligna, especialmente si padecen de una patología neurológica; los pacientes jóvenes tienen una mayor probabilidad de padecer una disfagia de tipo inflamatoria. (Selvanderan, S., Wong, S., Holloway, R., & Kuo, P., 2021)

Disfagia orofaríngea

De este tipo de disfagia debemos destacar una serie de síntomas indicadores, como son la tos durante la deglución, la regurgitación postnasal, la necesidad de realizar degluciones repetidas para progresar el bolo y el inicio tardío o ausente del proceso de deglución. (Selvanderan, S., Wong, S., Holloway, R., & Kuo, P., 2021)

Disfagia esofágica

Si el paciente refiere dificultad para ingerir solamente sólidos esto puede sugerir una obstrucción de tipo mecánica. Por otro lado, la disfagia de tipo funcional provoca dificultad para ingerir tanto líquidos como sólidos. Home los síntomas de la disfagia son lentamente progresivos puede ser indicador de una patología benigna, mientras que en el caso de las alteraciones malignas los síntomas suelen ser más repentinos siendo común la pérdida de peso. Es importante tener en cuenta que hay determinadas patologías esofágicas que se presentan con disfagia intermitente como por lo tanto debemos de tener en cuenta cualquier signo de esta alteración debido a que puede indicar un problema mayor. Algunas enfermedades atópicas también son indicadoras de patologías esofágicas (asma, alergias, eczema, rinitis). Al llevar a cabo la primera fase de atención al paciente como es la némesis y el estudio de su historia clínica debemos hacer hincapié en los en sus antecedentes personales y familiares de cáncer de esófago u otros cánceres digestivos, así como factores de riesgo tales como el tabaquismo consumo de alcohol y el reflujo crónico. (Selvanderan, S., Wong, S., Holloway, R., & Kuo, P., 2021)

5.1.2. Examen físico

Para poder descartar cualquier lesión o masa que pueda estar causando una disfagia de tipo orofaríngea al individuo, debemos realizar un examen de cuello, de esta forma, se pueden detectar procesos inflamatorios y/o obstructivos. Por otro lado, es importante realizar un examen neurológico completo debido a que existen muchas alteraciones neurológicas que pueden causar disfagia como pueden ser la enfermedad del Parkinson y el Alzheimer. En el caso de la detección de disfagia esofágica sería importante realizar un examen de articulaciones y de la piel del individuo buscando síntomas que concuerden con trastornos del tejido conjuntivo que pueden afectar a la motilidad esofágica. La valoración de la boca del paciente es también muy importante debido a que podemos observar su dentición como de detectar infecciones y signos de xerostomía que pueden ser indicadores de determinados trastornos que pueden causar disfagia. La valoración del tórax y de la columna vertebral pueden ser interesantes de valorar debido a que pueden informarnos sobre enfermedades subyacentes. Por otro lado, podemos detectar la disfagia a través de sus complicaciones más frecuentes como son la desnutrición y deshidratación como la pérdida de peso, complicaciones pulmonares como broncoaspiraciones y neumonía; pueden ser detectados durante dicho examen físico. (Selvanderan, S., Wong, S., Holloway, R., & Kuo, P., 2021)

5.2. PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Actualmente se siguen investigando y perfeccionando nuevos métodos diagnósticos para los distintos tipos de disfagia, sin embargo, en día los más usados son la prueba de trago de bario como la endoscopia superior como y la manometría de alta resolución. La elección de cuál de estos métodos usar para cada paciente depende de la alteración concreta que se sospecha que padece el paciente. (Selvanderan, Wong, Holloway, & Kuo, 2021)

5.2.1. PRUEBA DE TRAGO DE BARIO

Este método diagnóstico consiste en la ingesta de bario de alta intensidad mientras el paciente está en posición vertical y la posterior ingesta de tragos de bario de baja densidad en decúbito prono con el fin de valorar la motilidad esofágica del individuo tiñendo el tracto digestivo con este elemento ingerido (Selvanderan, Wong, Holloway, & Kuo, 2021). Una de sus principales ventajas es que se trata de un procedimiento no invasivo, bastante económico y de una alta disponibilidad, y que además evalúa el riesgo de aspiración del paciente. Este método diagnóstico es la prueba de primera opción en pacientes con sospecha de disfagia orofaríngea y en pacientes no aptos para que se les realice una endoscopia, como por ejemplo pacientes con tumores laríngeos, divertículo de Zenker un pacientes con estenosis esofágica. Pese a que se trata del método de elección para los pacientes con disfagia orofaríngea también puede ser útil para evaluar casos de disfagia esofágica de tipo obstructiva o de tipo funcional.

También debemos comentar el estudio videofluorográfico de deglución también llamado deglución de bario modificado, esta prueba consiste en la ingesta de alimentos impregnados en contraste de bario que atraviesan boca faríngea y esófago a tiempo real y que sirve para evaluar la aspiración en el paciente con disfagia. Este estudio requiere de un patólogo y en el caso del estudio de disfagia oro faríngea puede requerir a un otorrinolaringólogo para realizar una naso endoscopia y visualizar. (Selvanderan, Wong, Holloway, & Kuo, 2021)

5.2.2. ENDOSCOPIA SUPERIOR

La endoscopia superior es un método usado en la mayor parte de los pacientes con disfagia y está indicado tanto como método diagnóstico como terapéutico. nos permite ver la faringe, el esófago, el estómago y el duodeno directamente; y mediante el cual se pueden detectar masas o tumores intraluminales, inflamación de la mucosa, estenosis en algún punto del aparato digestivo superior. Consiste en introducir tuvo con una Cámara en la parte distal que además permite tomar muestras o biopsias para confirmar o descartar de forma precisa El diagnóstico concreto del paciente, algunas patologías no se manifiestan de forma visual, sino que es necesario analizar histológicamente el tejido para poder corroborar la causa de esta alteración deglutoria. La endoscopia superior tiene además una función terapéutica ya que además de permitirnos visualizar analizar y diagnosticar la patología concreta del paciente nos permite realizar otras acciones como la dilatación a través de un balón, lo cual es beneficioso en patologías que causan disfagia especialmente de tipo estructural que obstruyen el tracto digestivo superior. (Selvanderan, Wong, Holloway, & Kuo, 2021)

5.2.3. MANOMETRÍA DE ALTA RESOLUCIÓN

La manometría de alta resolución (HRM) es una técnica diagnóstica en pacientes que presentan disfagia y otros síntomas que pueden indicar una alteración en el tracto digestivo superior (Selvanderan, Wong, Holloway, & Kuo, 2021). Esta técnica consiste en la inserción de un catéter con sensores de presión midiendo estas variaciones de presión las cuales muestran topográficamente como gráficos de Clouse. En primer lugar, se aplica un anestésico local tópico, se coloca al paciente en decúbito supino y se inserta el catéter por vía transnasal hasta que la punta distal queda situada entre 2 y 3 cm por debajo del nivel del diafragma. el paciente entonces debe realizar 10 degluciones de bolos de agua de 5 ml. Esta técnica ha sido perfeccionada y los sensores electrónicos que contiene actualmente de estado sólido proporciona un mejor rendimiento diagnóstico y los resultados son más fáciles de interpretar.

5.2.4. IMPEDANCIA ESOFÁGICA INTRALUMINAL

Mediante este método diagnóstico se realiza una medición a tiempo real del movimiento de un bolo alimenticio ingerido a través de las ondas de presión captadas por la manometría, lo cual nos permite analizar más profundamente la devolución y los síntomas del paciente. Su objetivo es analizar de forma exhaustiva los movimientos deglutorios y la distensión esofágica. Esto se realiza mediante la colocación de una sonda endoscópica que tiene en su extremo distal una bolsa llena de líquido y que a través de sensores mide la presión que ejerce el bolo sobre las paredes del esófago, esto nos aporta información complementario a la manometría, incluso si se realiza en el momento de la endoscopia puede no llegar a ser necesaria. Actualmente esta técnica no se usa de forma habitual. (Selvanderan, Wong, Holloway, & Kuo, 2021)

6. TRATAMIENTO

La elección del método de tratamiento para los pacientes que padecen de disfagia depende exclusivamente de la causa de esta patología. Si tratando de esta causa la disfagia no cesa se pueden realizar una serie de tratamientos para mejorar en la medida de lo posible la calidad de vida del paciente y evitar posibles complicaciones. Entonces se debe valorar específicamente cada caso para determinar la elección de una o varias de estas estrategias. (Guzmán, M. J., & Dulbecco, M., 2020)

Algunas de estas estrategias y terapias son las siguientes:

6.1. MODIFICACIONES EN LA DIETA, CONSISTENCIA Y TEXTURA DE LOS ALIMENTOS.

En muchas ocasiones, los síntomas de la disfagia pueden ser controlados mediante cambios en la dieta del paciente con respecto a cantidades, a su consistencia y su textura. La prevalencia de los casos de aspiraciones y de entrada del alimento por vía respiratoria disminuye con la ingesta de bolos con una viscosidad de tipo pudding y néctar. Es también muy importante la modificación de textura de los líquidos debido a que disminuye la prevalencia de aspiración y mantiene al paciente hidratado en aquellos pacientes que padecen de disfagia neurógena o disfagia debida al envejecimiento. Estos cambios de consistencia de los alimentos se alcanzan mediante el uso de agentes espesantes, mediante los cuales se consigue la textura y consistencia adecuadas para cada individuo, están indicados en pacientes con trastornos sensitivos y funcionales de la lengua, en pacientes en los que se da la aspiración o faringonasal, en pacientes con alteración de la apertura y cierre laríngeo y de motilidad faríngea ineficaz. (Veitía, 2009)



Figura 4. Esquema de viscosidad y espesor dietética en disfagia. IDDSI (international dysphagia diet standardization initiative). (2018, -10-29T12:22:14+01:00). Message posted to <https://www.emotionfood.ch/iddsi-international-dysphagia-diet-standardization-initiative/>

6.2. ESTRATEGIAS POSTURALES:

En cada paciente y dependiendo de la localización y la causa de su disfagia se debe valorar su deglución para así estudiar la simetría y verticalidad del paciente durante la ingesta (Veitía, 2009). Estas estrategias consisten en la modificación de las dimensiones de la orofaringe del individuo para así facilitar el transporte del bolo alimenticio por la vía digestiva, dichas estrategias son de fácil realización y no fatigan al individuo. Mediante la flexión anterior del cuello podemos proteger la vía respiratoria impidiendo que alimentos o líquidos la penetren, a través de la flexión posterior fomentamos el drenaje faríngeo y mejoramos también la velocidad de la ingesta oral, la rotación de la cabeza hacia el lado faríngeo paralizado nos permite dirigir el bolo alimenticio por el lado que no presenta ninguna alteración y facilitando la apertura del esfínter esofágico superior; y, realizando el proceso de deglución en decúbito lateral o en decúbito supino sirve de prevención de la aspiración de residuos alimenticios.

6.3. ESTRATEGIAS DE INCREMENTO SENSORIAL:

Estas estrategias consisten en la estimulación mecánica de la lengua moldeando así el bolo alimenticio y modificando su volumen, sabor y temperatura; así como la estimulación mecánica faríngea (Veitía, 2009). Algunas de estas medidas son la ingesta de sabores ácidos o de alimentos fríos, favoreciendo así el proceso de deglución. Esta estrategia es muy útil en pacientes con disfagia debida al envejecimiento con el alteraciones de la sensibilidad orofaríngea y con apraxia.

6.4. MANIOBRAS DEGLUTORIAS ESPECÍFICAS:

Consiste en la realización de una serie de maniobras que el paciente debe realizar después de ser formado de forma autónoma y las cuales están dirigidas específicamente a compensar las alteraciones que impiden que el paciente realice la deglución de forma eficaz. La maniobra de deglución supraglótica tiene como objetivo cerrar las cuerdas vocales antes y durante el proceso de deglución protegiendo así la vía aérea de la inspiración de restos alimenticios, es decir, es de gran utilidad en pacientes con frecuentes aspiraciones y con lentitud en la fase faríngea de la deglución. La maniobra de deglución de esfuerzo o deglución forzada nos sirven para estimular los movimientos de la base de la lengua y así fomentar la propulsión del bolo alimenticio, estando indicada en pacientes en los que no se produce una correcta propulsión del bolo. La doble deglución es una técnica que minimiza el residuo alimenticio después de la deglución previamente a inspiración. La maniobra de Mendelsohn fomenta los movimientos de extensión y la duración de la elevación de la laringe y por ende la amplitud y duración de la apertura del esfínter esofágico superior. (Veitía, 2009)

6.5. PRAXIAS NEUROMUSCULARES:

La finalidad de estas terapias es el fomento de la fisiología deglutoria del individuo mejorando el tono muscular la sensibilidad y la capacidad motriz de los labios la lengua y las estructuras orales y faríngeas (Veitía, 2009). Mediante la técnica de biofeedback se puede favorecer el control y propulsión lingual aumentando así el componente voluntario de la deglución. A través de ejercicios de flexión cervical en la rehabilitación de los músculos hioideos y laríngeos se aumenta la apertura del esfínter o báculos superior y ayuda a disminuir el residuo alimenticio en faringe mejorando la clínica y la calidad de vida de los pacientes con disfagia de causa neurológica. La estimulación táctil y térmica faríngea ayudan al paciente a deglutir cuando su respuesta faríngea está disminuida o ausente. También existen técnicas de estimulación gustativa en las que el paciente ingiere una sustancia agria que estimula la respuesta de deglución, esta es usada en pacientes con disfagia de origen neurógena. Cuando el problema se debe a una alteración en los movimientos peristálticos faríngeos y esofágicos, las técnicas están dirigidas a incrementar la fuerza de propulsión rehabilitando la musculatura extrínseca que permite la apertura del esfínter esofágico superior especialmente la musculatura hioidea.

6.6. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO Y FARMACOLÓGICO DEL ESFÍNTER ESOFÁGICO SUPERIOR:

Si la disfagia del individuo se debe a un proceso obstructivo a nivel del esfínter esofágico superior se puede solucionar mediante una intervención quirúrgica seccionando el cricofaríngeo o inyectando una solución de la toxina botulínica, esta intervención sirve como tratamiento en pacientes con divertículo de Zenker, estenosis en las membranas proximales del esófago y estenosis postcricoides; en cuyas patologías no se produce una apertura del músculo cricofaríngeo de forma eficaz afectando a la contracción faríngea. En el caso de las estenosis el tratamiento quirúrgico más eficaz es la dilatación endoscópica, pero en el caso de los tumores en la zona oro faríngea se recomienda la cirugía y/o terapias antineoplásicas. (Veitía, 2009)

Debemos tener en cuenta que la elección del tratamiento en cada paciente depende de El grado de gravedad de su disfagia es decir la gravedad de las alteraciones que afectan a la seguridad y a la eficacia del proceso de deglución. En pacientes con alteraciones leves se recomienda precaución durante las comidas, realizándolas bajo supervisión para así poder actuar rápidamente si surgen complicaciones. En pacientes en los que esta patología es moderada se deben introducir cambios en la dieta para disminuir el volumen de esta y aumentar la consistencia del bolo alimenticio. Por otro lado, en aquellos pacientes en los que las alteraciones son más severas es necesario aumentar la viscosidad del bolo, así como introducir otras maniobras como las explicadas anteriormente. Finalmente, en aquellos pacientes con una disfagia muy severa en los cuales la alimentación por vía oral no sea posible se deberá colocar una gastrostomía por vía endoscópica percutánea para poder alimentarse de esta forma. La gastrostomía está indicada en pacientes con disfagia muy severa en las fases oral y faríngea, y en los que se dé desnutrición; también en aquellos pacientes que no han respondido de forma adecuada a tratamientos rehabilitadores y en pacientes en los que se producen aspiraciones de forma continua que pueden producir riesgo de complicaciones más severas. en estos pacientes se intenta mantener alimentación por vía oral mínima siempre y cuando sea posible en condiciones de seguridad. (Veitía, 2009)

JUSTIFICACIÓN

La justificación del presente trabajo está sustentada en el análisis del manejo, desde el punto de vista de la enfermería, del estado nutricional de los ancianos de residencias de mayores, los cuales presentan una desnutrición provocada por disfagia, con el objetivo de mejorar su calidad de vida.

La disfagia es una enfermedad que consiste en la dificultad para tragar o deglutir, y se trata de una patología más común de lo que se piensa (del Rey Vitó et al., 2018). Pese a que la disfagia es una alteración frecuente en los ancianos, también puede darse en personas jóvenes como consecuencia de otras patologías. Si la alteración, ya sea estructural o funcional, está localizada entre la boca y el esfínter esofágico superior, hablamos de disfagia orofaríngea; mientras que, si la alteración está localizada a partir del esfínter esofágico superior hasta el inferior, hablamos de disfagia esofágica (Veitía, G., 2009). Es fundamental que se realice un diagnóstico precoz de esta patología para poder actuar lo más rápido posible, este diagnóstico se puede realizar mediante la anamnesis del paciente, así como la exploración física, y a través de determinadas pruebas de imagen que puedan permitir ver cualquier tipo de alteración. Sin embargo, en muchos casos el diagnóstico diferencial se puede realizar a través de la sintomatología del paciente (Selvanderan, S., Wong, S., Holloway, R., & Kuo, P., 2021).

Aunque la disfagia puede ser de variable tipología y etiología, esta enfermedad puede suponer un gran riesgo para la salud del individuo, además de producir complicaciones tales como aspiraciones, infecciones respiratorias y en ocasiones desnutrición y deshidratación (Rofes et al., 2011). Aunque existen varias formas de tratamiento para este tipo de pacientes, este depende del tipo de disfagia que padece y su localización, además de su causa.

Es importante destacar que su tratamiento depende de la causa y del tipo de disfagia, siendo este en ocasiones difícil de abordar (Guzmán, M. J., & Dulbecco, M., 2020). Por lo cual, es recomendable la realización de medidas dietéticas y posturales que, como profesionales de enfermería, debemos fomentar y promover; para así ofrecer al individuo el máximo confort y bienestar posible (Veitía, 2009).

Siendo el envejecimiento un factor de riesgo de padecer disfagia, encontramos muchos casos de esta patología en residencias de ancianos edad (Sura, Madhavan, Carnaby, & Crary, 2012). Ante este problema de salud se debe actuar de forma constante realizando un plan de cuidados y un seguimiento de los pacientes para conseguir la mejora de su

estado nutricional al tratarse de pacientes crónicos que reciben cuidados en un centro determinado durante largos períodos.

Aunque los profesionales de enfermería cuentan con conocimientos acerca de la disfagia y de la desnutrición, muchos profesionales no saben cómo abordar a este tipo de pacientes. Por ello es necesario la creación de un protocolo de actuación o una guía para enfermeros y otros profesionales de salud, de forma que cuenten con una base teórica acerca de todas aquellos procedimientos, actuaciones e intervenciones de salud que deben realizar para el beneficio del paciente, así como todas las medidas a tomar, individualizando el plan de cuidados a cada paciente y su patología concreta.

El presente proyecto de investigación pretende demostrar la validez del instrumento de valoración de disfagia y protocolo elaborado, evaluando los resultados obtenidos y el impacto del protocolo en la calidad de vida de los ancianos de residencias.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

1. OBJETIVOS

1.1. *Objetivo principal*

El objetivo principal de este proyecto de investigación es mejorar estado nutricional posiblemente asociada a una disfagia en personas mayores en residencias de ancianos privadas de la Comunidad de Madrid.

1.2. *Objetivos específicos*

- Revisar los instrumentos de valoración de disfagia y de desnutrición encontrados.
- Establecer una serie de indicadores de desnutrición y la forma de valorarlos.
- Elaborar un nuevo instrumento de valoración de la disfagia.
- Realizar un protocolo de actuación para profesionales de enfermería y su equipo ante ancianos que presentan desnutrición causada por una posible disfagia en residencias de ancianos privadas de la Comunidad de Madrid.
- Comprobar si se producen mayores mejoras en el grupo de disfagia respecto al grupo que no tiene disfagia.

2. DISEÑO DEL ESTUDIO

Se trata de un estudio de tipo cuasiexperimental. Se trata de este diseño debido a que cuenta con una intervención, pero no tiene muestra aleatoria ni controlamos todas las variables externas.

3. PARTICIPANTES

Los participantes de este estudio son personas mayores con desnutrición de residencias de mayores de gestión privada de la Comunidad de Madrid.

Se establecen una serie de criterios de inclusión al estudio tales como: el hecho de padecer desnutrición, la presencia de indicios de desnutrición, la pérdida de peso notoria, la presencia de alteraciones en la alimentación.

Hay que destacar la existencia de criterios de exclusión de este estudio como la alteración del nivel de conciencia, la alimentación por vía diferente a la oral, la ausencia de consentimiento.

Este protocolo tiene el objetivo de ser usado en todos aquellos pacientes que presentan desnutrición en residencias, pero esta puede estar causada por la disfagia o por otros factores. Por ello existen dos grupos diferentes de participantes; los ancianos con desnutrición causada por una disfagia y los ancianos con desnutrición no causada por una disfagia.

Teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión y la procedencia concreta de la muestra, se prevé que se obtenga una muestra de intervención de al menos 80 individuos.

Para la captación de los participantes se entra en contacto con algunas residencias privadas de la Comunidad de Madrid y se propone la realización de este proyecto de investigación a los directores de estas. Además de proponer la inserción de este protocolo en los centros, se propone la instrucción y formación del equipo sanitario de los centros al respecto, así como su supervisión durante el periodo del proyecto de investigación.

4. INTERVENCIÓN

La intervención para realizar consiste en establecer y aplicar un protocolo dirigido a la valoración de ancianos con desnutrición.

Para la realización de este protocolo se han seleccionado una serie de instrumentos de valoración para pacientes con desnutrición y pacientes con disfagia, identificando determinados ítems y factores que se consideran importantes para el presente estudio.

Se deberá obtener el consentimiento de los pacientes que vayan a participar en este proyecto, o de sus familiares cuando el paciente no tenga la capacidad de tomar esta decisión. Se detectarán entonces los posibles casos de desnutrición en los pacientes de la residencia, en el caso de que no haya sido detectada anteriormente, para así concretar la muestra del proyecto de investigación descrito. Se debe realizar un cribado en una primera consulta mediante la escala Mini Nutritional Assessment (ANEXO 1) (Tarazona Santabalbina et al., 2009).

Una vez realizado el cribado de los pacientes con desnutrición se valorará si está causada por una disfagia mediante una herramienta de valoración construida para este estudio, así como un examen físico. Para la obtención de este instrumento se ha revisado la literatura al respecto, escogiendo ideas y conceptos que se consideraron importantes. Estos instrumentos serán descritos en el siguiente apartado.

En esta consulta se detectarán aquellos casos en los que la desnutrición haya sido causada por disfagia mediante un cuestionario de elaboración propia basado en la información recogida en el estado de la cuestión y en otros instrumentos estudiados previamente.

Una vez se haya confirmado la disfagia mediante el resultado de esta escala, se realizará una valoración física, con el método de exploración volumen-viscosidad (MECV-V), con lo que se valorará la densidad con la que el paciente puede tragar de forma segura. Se administrará al paciente de forma progresiva líquidos disminuyendo el volumen del bolo y aumentando la viscosidad de este mediante espesantes para así determinar la severidad y clase de disfagia y especificar la viscosidad de seguridad. Este test se realiza monitorizando la saturación de oxígeno del paciente, si la deglución se ve alterada, el test se considera positivo. (Hernández-Bello, Castellot-Perales, & Tomás-Aznar, 2019)

Una vez valorada la disfagia y la viscosidad más segura para este paciente, se seguirán ciertas medidas dietéticas y ambientales, resumidas en la figura 5, durante los siguientes 6 y 12 meses hasta una nueva valoración individual respecto a su disfagia.

Previamente al inicio del uso de dicho protocolo es importante que se forme y coordine al equipo sanitario de las residencias implicadas en el proyecto de investigación, realizando una serie de seminarios acerca del protocolo para que este sea aplicado, sus objetivos y los conocimientos y técnicas para tener en cuenta.

Durante el periodo en el cual se realiza el proyecto, se realizarán una serie de medidas dietéticas, posturales y ambientales que permitan la mejora del estado nutricional de los residentes. Estas medidas quedarían especificadas de la siguiente forma:

INTERVENCIONES	ACTIVIDADES
Modificaciones en la dieta, consistencia y textura de los alimentos	<ul style="list-style-type: none"> - Realización de pequeñas comidas 5 veces al día, en vez de mas cantidad de alimento con menos frecuencia - Valorar que alimentos el individuo puede masticar y tragar con seguridad, adaptando su dieta y consistencia a estas necesidades de acuerdo con el test de viscosidad tratado con anterioridad - Preparar los alimentos de forma que sean fáciles de tragar - Garantizar la ingesta de líquidos, realizando modificaciones de su viscosidad mediante el uso de espesante cuando sea indicado - Ingerir pequeñas cantidades a cada vez para evitar atragantamientos - Evitar las dobles texturas en su dieta - Permitir que el paciente coma tomándose su tiempo - Evitar alimentos pegajosos o fibrosos que puedan dificultar la deglución - Evitar hablar durante las comidas - En casos de disfagia grave el individuo debe ser supervisado durante sus comidas
Estrategias posturales	<ul style="list-style-type: none"> - Se debe asegurar que el sujeto esta despierto y alerta para deglutir con seguridad. - Asegurar un entorno tranquilo y evitar distracciones - Fomentar una correcta postura, sentado, con la espalda recta y la cabeza ligeramente inclinada hacia abajo - Mediante la flexión anterior del cuello podemos proteger la vía respiratoria impidiendo que alimentos o líquidos la penetren. - A través de la flexión posterior fomentamos el drenaje faríngeo y mejoramos también la velocidad de la ingesta oral. - Mantener una postura recta tras la comida para facilitar la digestión

Estrategia de incremento sensorial	Es favorecedor para deglutir la estimulación sensorial. Algunos métodos son: <ul style="list-style-type: none"> - Presionar los cubiertos en la lengua - Ingerir alimentos fríos - Ingerir alimentos ácidos - Modificar el volumen y la densidad de los alimentos
---	---

Figura 5. Estrategias dietéticas y ambientales en pacientes con disfagia. Elaboración propia

5. VARIABLES E INSTRUMENTOS DE RECOGIDA DE DATOS

Variables

Para poder llevar a cabo el diagnóstico y seguimiento de desnutrición y disfagia, es necesario valorar las siguientes variables:

VARIABLE	TIPO VARIABLE Y MEDIDA	INSTRUMENTO
EDAD	Variable cuantitativa escalar	Anamnesis
SEXO	Variable cualitativa nominal	Anamnesis
DISFAGIA	Variable cualitativa nominal (padece o no disfagia)	CVD
PESO	Variable cuantitativa escalar	Báscula
TALLA	Variable cuantitativa escalar	Metro
IMC	Variable cuantitativa escalar	Fórmula de cálculo
CIRCUNFERENCIA BRAQUIAL	Variable cuantitativa escalar	Cinta métrica
ÁLBUMINA Y PREALBÚMINA	Variable cuantitativa escalar	Análisis bioquímico
CREATININA	Variable cuantitativa escalar	Análisis bioquímico
TRANSFERRINA	Variable cuantitativa escalar	Análisis bioquímico
LINFOCITOS TOTALES	Variable cuantitativa escalar	Análisis bioquímico

Figura 6. Variables tenidas en cuenta en el protocolo. Elaboración propia.

Revisión de instrumentos

A continuación, apoyándonos en los instrumentos encontrados en la literatura se establecen las variables que son los indicadores usados para valorar nuestra intervención. El protocolo se ha basado en las siguientes herramientas de valoración encontradas en la literatura y que se exponen a continuación:

Swallowing Quality of Life questionnaire (SWAL-QOL)

Consiste en escala pronóstica que valora los síntomas del paciente para así estudiar su calidad de vida. Esta valora mediante un cuestionario de 44 ítems y 11 subescalas con una puntuación de entre 1 y 5 puntos, siendo la máxima puntuación la no alteración de la calidad de vida del paciente. Pese a haberse publicado y validado en diversos estudios, es necesario mucho tiempo y no es muy usada. (Gutiérrez-Achury, Ruales Suárez, Giraldo Cadavid, & Rengifo Varona, 2015)

Dysphagia Handicap Index (DHI)

Se trata de un cuestionario de 25 ítems que valoran aspectos emocionales, funcionales y físicos de la deglución en la vida diaria del sujeto. Se valoran los ítems de forma cualitativa extrapolando los resultados a una escala numérica del 1 al 4, siendo 0 la no afectación de la calidad de vida del paciente. (Gutiérrez-Achury, Ruales Suárez, Giraldo Cadavid, & Rengifo Varona, 2015)

Escala EAT-10

Se trata de la única escala que ha sido validada que valore el estado funcional de salud del individuo cuantificando los síntomas de disfagia que presenta y evaluando la severidad y capacidad de mejora de cada paciente (Gutiérrez-Achury, Ruales Suárez, Giraldo Cadavid, & Rengifo Varona, 2015). Se realiza rápidamente (unos 2 minutos) y es fácil de calificar por lo cual es una de las herramientas más usadas para la valoración de la disfagia. Es un instrumento muy consistente, con una gran fiabilidad de test-retest y de gran validez.

La desnutrición es una variable que se puede detectar y medir mediante instrumentos como escalas. En este caso se ha seleccionado la escala Mini Nutritional Assessment (MNA) que valora el estado nutricional del individuo de forma cuantitativa (Tarazona Santabalbina et al., 2009). En el caso de la escala MNA (ANEXO 1), se valoran indicadores como el peso, la circunferencia braquial, el índice de masa corporal (IMC) y la circunferencia de la pantorrilla., se trata de variables cuantitativas, escalares, que se miden mediante instrumentos como la báscula digital, un metro y una cinta métrica.

Construcción del cuestionario

Utilizando los instrumentos revisados anteriormente se seleccionan una serie de cuestiones de interés para el diagnóstico de disfagia, creando así una nueva herramienta de valoración que he decidido llamar Cuestionario de Valoración de Disfagia (CVD) (ANEXO 2). Para ello se ha realizado una revisión de la literatura al respecto y de los instrumentos de valoración existentes más usados, seleccionando así ítems de varios de ellos y modificando la expresión escrita de algunos.

Cabe destacar que en este cuestionario valoramos aspectos tanto físicos como funcionales y emocionales de la disfagia, teniendo así una visión más específica y diferenciada de la disfagia que padece cada individuo. Los aspectos emocionales son aquellos que describen la respuesta afectiva y psicológica de cada individuo, los aspectos funcionales son aquellos que valoran el impacto de la disfagia en las actividades de la vida diaria del individuo, y los aspectos físicos son aquellos que valoran la percepción de las dificultades en la deglución del individuo. Aunque no se realiza una valoración específica de cada aspecto en el propio cuestionario cada profesional de enfermería puede realizar dicha valoración de forma individual si considera relevante conocer e indagar en los aspectos específicos que pueden verse alterados con la disfagia para así aportar al individuo un cuidado más efectivo.

Respecto a la valoración del cuestionario en sí, se trata de un cuestionario que valora la disfagia del cero al cuatro; diferenciando las respuestas nunca, algunas veces, casi siempre y siempre, y teniendo en cuenta también los ítems más significativos y menos significativos puntuándolos de acorde a mi criterio y así puntuar la disfagia de cada individuo. Se debe destacar que, pese a que he extraído los ítems de varias escalas validadas, se ha modificado la expresión escrita de estas para que la redacción total del cuestionario sea similar.

ÍTEMS	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
ÍTEMS MÁS SIGNIFICATIVOS	0	2	3	4
ÍTEMS MENOS SIGNIFICATIVOS	0	1	2	3

Figura 7. Puntuación de los ítems del Cuestionario de valoración de disfagia (CVD).
Elaboración propia.

La puntuación total es de 70 puntos, y se ha considerado tras reflexionar al respecto que, si un individuo tiene 5 o más puntos, debe considerarse que padece de alguna dificultad para deglutir.

ITEMS	ORIGEN	FACTOR QUE VALORA	PUNTUACIÓN
1- Tragar me cuesta un esfuerzo extra	EAT-10 Redacción modificada	FÍSICO	0, 1, 2, 3
2- El proceso de deglutir es doloroso	EAT-10 Redacción modificada	FÍSICO	0, 2, 3, 4
3- El proceso de deglutir me provoca tos	DHI Redacción modificada	FÍSICO	0, 2, 3, 4
4- La comida se pega en mi garganta o boca	SWAL-QoL. Redacción modificada	FÍSICO	0, 1, 2, 3
5- Durante las comidas me atraganto	SWAL-QoL. Redacción modificada	FÍSICO	0, 2, 3, 4
6- Para poder tragar sólidos necesito ayuda de líquidos	DHI Redacción modificada	FÍSICO	0, 2, 3, 4
7- Babeo durante las comidas	SWAL-QoL. Redacción modificada	FÍSICO	0, 1, 2, 3
8- La comida o bebida asciende por la nariz o boca (regurgitación)	SWAL-QoL. Redacción modificada	FÍSICO	0, 2, 3, 4
9- Noto mi boca seca durante las comidas	DHI Redacción modificada	FÍSICO	0, 1, 2, 3
10- He perdido peso debido a mi problema de deglución	DHI	FUNCIONAL	0, 2, 3, 4
11- Tardo más tiempo en comer	DHI Redacción modificada	FUNCIONAL	0, 2, 3, 4
12- Mi problema para deglutir afecta a mi capacidad para comer fuera de casa	EAT-10	FUNCIONAL	0, 1, 2, 3
13- Como menos debido a mi problema para deglutir	DHI	FUNCIONAL	0, 2, 3, 4
14- No tengo hambre o ganas de comer	SWAL-QoL. Redacción modificada	FUNCIONAL ...	0, 1, 2, 3
15- Mi problema para deglutir interfiere en mis relaciones sociales	DHI Redacción modificada	FUNCIONAL	0, 1, 2, 3
16- Mi problema para deglutir afecta al placer de comer	EAT-10 Redacción modificada	EMOCIONAL	0, 2, 3, 4
17- La comida se ha convertido en un aspecto estresante para mí	EAT-10 Redacción modificada	EMOCIONAL	0, 2, 3, 4
18- El proceso de deglución es difícil y me provoca preocupación o miedo	SWAL-QoL. Redacción modificada	EMOCIONAL	0, 1, 2, 3
19- Me resulta difícil seleccionar alimentos que no me provoquen problemas	SWAL-QoL. Redacción modificada	EMOCIONAL	0, 1, 2, 3
20- Me da vergüenza mi problema para deglutir	DHI Redacción modificada	EMOCIONAL	0, 1, 2, 3
SUMA TOTAL:			

Figura 8. Ítems seleccionados para el CVD. Figura de elaboración propia.

Además, se valorará al paciente mediante la valoración y medición de los siguientes datos por parte de los profesionales de salud de enfermería y su equipo:

- **El peso del paciente.** Comparándolo con el peso habitual y valorando las variaciones repentinas. Dato cuantitativo escalar. Mediante una pesa digital.
- **La talla del paciente.** El peso debe valorarse respecto a la talla del individuo y valorar este dato de forma aislada. Se trata de un dato cuantitativo escalar. Se necesita un tallímetro.
- **El índice de masa corporal.** Su cálculo y valoración nos indica alteraciones del peso de individuo.
- **La circunferencia del brazo o perímetro braquial.** Se trata de un dato cuantitativo escalar. Es necesaria una cinta métrica.
- **Análisis sanguíneo.** Algunos indicadores sanguíneos de la desnutrición son disminución de la osmolaridad sérica, alteraciones electrolíticas (como la hiponatremia, hipocalcemia e hipomagnesemia), alteración de los niveles de albumina, prealbúmina, creatinina, proteínas, transferrina, linfocitos totales... entre otros

6. RECOGIDA DE DATOS

Para la captación de los participantes se entra en contacto con las residencias privadas de la Comunidad de Madrid y se propone la realización de este proyecto de investigación a los directores de estas (ANEXO 3).

Una vez que la residencia en cuestión acepta la propuesta del proyecto de investigación y de inserción del protocolo en el centro, se otorgará formación e instrucción al equipo de profesionales de salud respecto a su labor respecto a este protocolo educándoles para su inserción como parte de la atención que debe recibir el paciente.

Es la enfermera asignada a dichos pacientes la encargada de la supervisión del cumplimiento de las pautas a tomar para mejorar el estado nutricional de los pacientes que padecen de desnutrición que participan en el proyecto sea o no causada por la disfagia. Son las enfermeras las profesionales que coordinan, supervisan y realizan el proceso de recuperación de estos pacientes, así como del resto del equipo de profesionales, como auxiliares de enfermería.

Se organizarán dos consultas de valoración y seguimiento 6 y 12 meses después de la consulta inicial respectivamente, para así controlar y valorar la evolución del estado de salud y estado nutricional de los ancianos y de la validez del protocolo investigado.

7. ANÁLISIS DE DATOS

Respecto al análisis estadístico de datos se va a realizar mediante la versión 26 del programa estadístico SPSS.

Las variables usadas como indicadores de desnutrición son todas cuantitativas (el índice de masa corporal, la circunferencia braquial, el peso, la talla, etc).

Se realiza en primer lugar un estudio descriptivo de las variables que describen el grupo de participantes respecto a su sexo y edad, detallando nuestra muestra y otorgándonos información estadística relevante para valorar los resultados obtenidos respecto a dichas variables.

Este cribado de pacientes va a generar dos grupos principales, siendo el primero el de pacientes con desnutrición no causada por disfagia y el segundo pacientes con desnutrición causada por disfagia. Además, se realizan tres medidas durante este proyecto, una medida previa de todos estos indicadores, una medida basada en los 6 meses y otra última medida pasados los 12 meses; es decir, se realizan tres mediciones en cada sujeto siendo estas medidas relacionadas. Se realizará un análisis de varianza de medidas repetidas o ANOVA de medidas repetidas para cada uno de los indicadores para ver la evolución de cada individuo durante todo el proceso del proyecto a través de tres mediciones. se trata de un ANOVA de medidas repetidas mixto ya que se tiene en cuenta una variable intrasujeto debido a que se le realizan tres mediciones diferentes de los indicadores de desnutrición y una variable intersujeto ya que se comparan dos grupos, los pacientes con disfagia y los pacientes sin disfagia.

8. CRONOGRAMA

	NOVIEMBRE- DICIEMBRE	ENERO- FEBRERO	MARZO- ABRIL	MAYO- JUNIO	JULIO- AGOSTO	SEPTIEMBRE- OCTUBRE	NOVIEMBRE- DICIEMBRE
Primera reunión con los directores de las residencias	X						
Sesión coordinativa del proyecto	X						
Sesión formativa del equipo sanitario	X						
Obtención del Consentimiento informado		X					
Primera consulta de valoración del estado nutricional causada por una posible disfagia		X					
Primera consulta de seguimiento					X		
Segunda consulta de seguimiento							X
Análisis de datos							X
Informe de resultados							X

Figura 9. Cronograma del proyecto. Elaboración propia

9. ASPECTOS ÉTICOS

El presente proyecto de investigación dirigido a la creación de un protocolo para profesionales de enfermería con el fin de mejorar el estado nutricional asociado a una disfagia en personas mayores de residencias de la Comunidad de Madrid deberá ser sometido a una revisión pertinente por parte del Comité de Ética correspondiente para obtener así su dictamen favorable.

Tal y como se contempla en el cronograma anteriormente, el proceso de obtención del consentimiento informado (ANEXO 4) que hace posible que los pacientes se otorguen o revoquen su participación en este proyecto se realizará en los meses de enero y febrero, debiendo realizarse su entrega en la primera consulta de valoración de los residentes con su enfermera asignada. Será en esta primera consulta cuando se haga entrega de dicho consentimiento cuando el paciente o familiares de estos los que podrán manifestar sus dudas acerca del proyecto para que sean resueltas y explicadas correctamente por el personal de enfermería, otorgando o denegando así dicho consentimiento.

De la participación en el estudio no se derivan riesgos para los pacientes ya que no se realizan intervenciones, actuaciones o técnicas invasivas que puedan comprometer la salud del sujeto.

Por otro lado, para garantizar el carácter confidencial de la información personal contenida en la investigación se hace alusión a la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de carácter personal. Para asegurar la privacidad de los participantes se elaborará un código de identificación para los residentes asignando a cada uno de ellos una cifra o código de manera aleatoria, sin que nadie que vaya a tratar con el paciente sepa identificarlo, evitando así confusiones.

Se debe tener en cuenta que este proyecto se realiza acorde a las Guía de Buenas Prácticas de Enfermería, la cual se debe tener en cuenta para garantizar que el individuo reciba atención sanitaria de forma segura y eficaz.

10. LIMITACIONES DE ESTUDIO

Las limitaciones de un estudio son aquellos factores que afectan a la validez tanto externa como interna de éste. En primer lugar, la validez externa es aquella que nos permite generalizar los resultados del estudio a toda la población, sin embargo, en este caso no es posible debido a que nuestra muestra no es significativa, siendo esta pequeña y de conveniencia para la realización del estudio. Sin embargo, los resultados pueden tratarse como resultados piloto para posteriores estudios más amplios al respecto.

Por otro lado, la validez interna es aquella que permite que los resultados sean válidos y veraces. Las limitaciones de este estudio son aquellos factores que pueden afectar a la validez interna de éste, es decir, que afectan al resultado final del proyecto. Algunos ejemplos de limitaciones son:

- Que los seminarios formativos llevados a cabo para los profesionales sanitarios de las residencias no sean efectivos
- Que el profesional de enfermería no registre bien los datos recogidos de cada paciente
- Que no se haya llevado a cabo la medición de las variables de forma correcta
- Que el residente nos encuentre en plenas facultades para contestar el cuestionario elaborado en este trabajo
- Que se contaminen las muestras biológicas extraídas de los residentes
- Que las medidas dietéticas y ambientales tomadas durante el periodo en el que se realiza el proyecto no se realicen adecuadamente ni sean supervisadas

REFERENCIAS

1. Ponce, M., Garrigues, V., Ponce, J., & Ortiz, V. (2007). Trastornos de la deglución: Un reto para el gastroenterólogo | gastroenterología y hepatología.30(8) Retrieved from <https://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-articulo-trastornos-deglucion-un-reto-el-13110504>
2. Panebianco, M., Marchese-Ragona, R., Masiero, S., & Restivo, D. A. (2020). Dysphagia in neurological diseases: A literature review. *Neurological Sciences: Official Journal of the Italian Neurological Society and of the Italian Society of Clinical Neurophysiology*, 41(11), 3067-3073. doi:10.1007/s10072-020-04495-2
3. Suárez-Escudero, J. C., Rueda Vallejo, Z. V., & Orozco, A. F. (2018). Disfagia y neurología: ¿una unión indefectible? *Acta Neurológica Colombiana*, 34(1), 92-100.
4. del Rey Vitó, S., Fernández Martínez, C., Martínez Forte, A., Pérez Campos, L., González Valdivieso, J., Capo Pallas, M., et al. (2018). Disfagia: Visión global y multidisciplinar. *Revista Española De Geriátría Y Gerontología*, 53, 69-70. doi:10.1016/j.regg.2018.04.167
5. McCarty, E. B., & Chao, T. N. (2021). Dysphagia and swallowing disorders. *The Medical Clinics of North America*, 105(5), 939-954. doi:10.1016/j.mcna.2021.05.013
8. Ariza Galindo, C. J., & Rojas Aguilar, D. M. (2020). Disfagia en el adulto mayor. *Universitas Medica*, 61(4), 117-128. doi:10.11144/Javeriana.umed61-4.disf
9. Veitía, G. (2009). Disfagia orofaríngea. *Gen*, 63(4), 302-307. Retrieved from http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0016-35032009000400014&lng=es&nrm=iso&tlng=es
10. Wilkinson, J. M., Codipilly, D. C., & Wilfahrt, R. P. (2021). Dysphagia: Evaluation and collaborative management. *American Family Physician*, 103(2), 97-106.
11. Park M. I. (2021). *The Korean journal of gastroenterology = Taehan Sohwagi Hakhoe chi*, 77(2), 57–63. <https://doi.org/10.4166/kjg.2021.017>
12. Sura, L., Madhavan, A., Carnaby, G., & Crary, M. A. (2012). Dysphagia in the elderly: management and nutritional considerations. *Clinical interventions in aging*, 7, 287–298. <https://doi.org/10.2147/CIA.S23404>
13. Rofes, L., Arreola, V., Almirall, J., Cabré, M., Campins, L., García-Peris, P., et al. (2011). Diagnosis and management of oropharyngeal dysphagia and its

- nutritional and respiratory complications in the elderly. *Gastroenterology Research and Practice*, 2011, 818979. doi:10.1155/2011/818979
14. Selvanderan, S., Wong, S., Holloway, R., & Kuo, P. (2021). Dysphagia: Clinical evaluation and management - selvanderan - 2021 - internal medicine journal - wiley online library. *Internal Medicine Journal*, 51(7), 1021-1027. Retrieved from <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/imj.15409>
 15. Guzmán, M. J., & Dulbecco, M. (2020). Abordaje del paciente con disfagia. *Acta Gastroenterológica Latinoamericana*, 50(3) Retrieved from <https://www.redalyc.org/journal/1993/199367448002/199367448002.pdf>
 16. IDDSI (international dysphagia diet standardization initiative). (2018, -10-29T12:22:14+01:00). Message posted to <https://www.emotionfood.ch/iddsi-international-dysphagia-diet-standardization-initiative/>
 17. Veitía, G. (2009). Disfagia orofaríngea. *Gen*, 63(4), 302-307. Retrieved from http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0016-35032009000400014&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 18. Clavé, P., Terré, R., Kraa, M. d., & Serra, M. (2004). Actitud a seguir ante una disfagia orofaríngea. *Revista Española De Enfermedades Digestivas*, 96(2), 119-131. Retrieved from https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1130-01082004000200005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 19. Hernández-Bello, E., Castellot-Perales, L., & Tomás-Aznar, C. (2019). Valoración de la disfagia con el test método exploración clínica volumen-viscosidad en pacientes ingresados tras un accidente cerebrovascular. *Revista Científica De La Sociedad Española De Enfermería Neurológica*, 49, 8-15. doi:10.1016/j.sedene.2018.08.001
 20. Gutiérrez-Achury, A. M., Ruales Suárez, K., Giraldo Cadavid, L. F., & Rengifo Varona, M. L. (2015). Escalas de calidad de vida y valoración de los síntomas en disfagia. *Revista Med*, 23(1), 50-55. doi:10.18359/rmed.1329
 21. Tarazona Santabalbina, F. J., Belenguer Varea, A., Doménech Pascual, J. R., Gac Espínola, H., Cuesta Peredo, D., Medina Domínguez, L., et al. (2009). Validez de la escala MNA como factor de riesgo nutricional en pacientes geriátricos institucionalizados con deterioro cognitivo moderado y severo. *Nutrición Hospitalaria*, 24(6), 724-731. Retrieved from https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0212-16112009000600014&lng=es&nrm=iso&tlng=es

ANEXOS

ANEXO 1. ESCALA MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT (MNA)

Mini Nutritional Assessment

MNA®

Nestlé
Nutrition Institute

Apellidos:		Nombre:		
Sexo:	Edad:	Peso, kg:	Altura, cm:	Fecha:

Responda a la primera parte del cuestionario indicando la puntuación adecuada para cada pregunta. Sume los puntos correspondientes al cribaje y si la suma es igual o inferior a 11, complete el cuestionario para obtener una apreciación precisa del estado nutricional.

Cribaje	
A Ha perdido el apetito? Ha comido menos por faltado apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o deglución en los últimos 3 meses? 0 = ha comido mucho menos 1 = ha comido menos 2 = ha comido igual	<input type="checkbox"/>
B Pérdida reciente de peso (<3 meses) 0 = pérdida de peso > 3 kg 1 = no lo sabe 2 = pérdida de peso entre 1 y 3 kg 3 = no ha habido pérdida de peso	<input type="checkbox"/>
C Movilidad 0 = de la cama al sillón 1 = autonomía en el interior 2 = sale del domicilio	<input type="checkbox"/>
D Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses? 0 = sí 2 = no	<input type="checkbox"/>
E Problemas neuropsicológicos 0 = demencia o depresión grave 1 = demencia leve 2 = sin problemas psicológicos	<input type="checkbox"/>
F Índice de masa corporal (IMC) = peso en kg / (talla en m)² 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23	<input type="checkbox"/>
Evaluación del cribaje (subtotal máx. 14 puntos)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12-14 puntos: estado nutricional normal 8-11 puntos: riesgo de malnutrición 0-7 puntos: malnutrición	
Para una evaluación más detallada, continúe con las preguntas G-R	
Evaluación	
G El paciente vive independiente en su domicilio? 1 = sí 0 = no	<input type="checkbox"/>
H Toma más de 3 medicamentos al día? 0 = sí 1 = no	<input type="checkbox"/>
I Úlceras o lesiones cutáneas? 0 = sí 1 = no	<input type="checkbox"/>
J. Cuántas comidas completas toma al día? 0 = 1 comida 1 = 2 comidas 2 = 3 comidas	<input type="checkbox"/>
K Consume el paciente <ul style="list-style-type: none"> • productos lácteos al menos una vez al día? sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> • huevos o legumbres 1 o 2 veces a la semana? sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> • carne, pescado o aves, diariamente? sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> 0.0 = 0 o 1 síes 0.5 = 2 síes 1.0 = 3 síes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
L Consume frutas o verduras al menos 2 veces al día? 0 = no 1 = sí	<input type="checkbox"/>
M Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día? (agua, zumo, café, té, leche, vino, cerveza...) 0.0 = menos de 3 vasos 0.5 = de 3 a 5 vasos 1.0 = más de 5 vasos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
N Forma de alimentarse 0 = necesita ayuda 1 = se alimenta solo con dificultad 2 = se alimenta solo sin dificultad	<input type="checkbox"/>
O Se considera el paciente que está bien nutrido? 0 = malnutrición grave 1 = no lo sabe o malnutrición moderada 2 = sin problemas de nutrición	<input type="checkbox"/>
P En comparación con las personas de su edad, cómo encuentra el paciente su estado de salud? 0.0 = peor 0.5 = no lo sabe 1.0 = igual 2.0 = mejor	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Q Circunferencia braquial (CB en cm) 0.0 = CB < 21 0.5 = 21 ≤ CB ≤ 22 1.0 = CB > 22	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
R Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm) 0 = CP < 31 1 = CP ≥ 31	<input type="checkbox"/>
Evaluación (máx. 16 puntos)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Cribaje	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Evaluación global (máx. 30 puntos)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Evaluación del estado nutricional	
De 24 a 30 puntos <input type="checkbox"/> estado nutricional normal De 17 a 23.5 puntos <input type="checkbox"/> riesgo de malnutrición Menos de 17 puntos <input type="checkbox"/> malnutrición	

Ref Velas B, Vilars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. J Nutr Health Aging 2006 ; 10 : 456-465.
 Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Velas 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 SA, Trademark Owners.
 © Société des Produits Nestlé SA 1994, Revision 2009.
 Para más información: www.mna-eldetiv.com

ANEXO 2. CUESTIONARIO DE VALORACIÓN DE DISFAGIA (CVD)

	ITEMS	NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
ASPECTOS FÍSICOS	Tragar me cuesta un esfuerzo extra	0	1	2	3
	El proceso de deglutir me provoca dolor	0	2	3	4
	El proceso de deglutir me provoca tos	0	2	3	4
	La comida se pega en mi garganta o boca	0	1	2	3
	Durante las comidas me atraganto	0	2	3	4
	Para poder tragar sólidos necesito ayuda de líquidos	0	2	3	4
	Babeo durante las comidas	0	1	2	3
	La comida o bebida asciende por la nariz o boca (regurgitación)	0	2	3	4
	Noto mi boca seca durante las comidas	0	1	2	3
ASPECTOS FUNCIONALES	Mi problema para tragar ha hecho que disminuya de peso	0	2	3	4
	Tardo más tiempo en comer	0	2	3	4
	Mi problema para deglutir afecta a mi capacidad para comer fuera de casa	0	1	2	3
	Como menos debido a mis problemas para deglutir	0	2	3	4
	No tengo hambre o ganas de comer	0	1	2	3
	Mi problema para deglutir interfiere en mis relaciones sociales	0	1	2	3
	Mi problema para deglutir afecta al placer de comer	0	2	3	4
ASPECTOS EMOCIONALES	La comida se ha convertido en un aspecto estresante para mí	0	2	3	4
	El proceso de deglución es difícil y me provoca preocupación o miedo	0	1	2	3
	Me resulta difícil seleccionar alimentos que no me provoquen problemas	0	1	2	3
	Me da vergüenza mi problema para deglutir	0	1	2	3
SUMA TOTAL:					
Si la suma total es igual o mayor que 5, padece de una alteración de la deglución					

Figura 10. Cuestionario de Valoración de Disfagia (CVD). Elaboración propia.

ANEXO 3. PRESENTACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN A LOS DIRECTORES DE RESIDENCIAS PRIVADAS DE LA COMUNIDAD DE MADRID

Distinguido director de la residencia,

Me dirijo a usted con mis mejores intenciones y consideraciones deseándole éxito en sus funciones. Mediante este comunicado hago llegar mi proyecto de investigación con el objetivo de llevarlo a cabo en su residencia. Este proyecto tiene como objetivo la creación, validación y propagación de un protocolo establecido de actuación ante ancianos con deshidratación provocada por una disfagia. Creo que su centro residencial cumple con los requisitos y consideraciones adecuadas para la participación en este proyecto.

Este proyecto consistiría en la aplicación de un protocolo creado por mi después de amplia Investigación al respecto. En el caso de que estuviese de acuerdo nos reuniríamos en una fecha adecuada para ambas partes para explicarle así en más detalle el proyecto. En vistas generales acudiría a su centro residencial a realizar seminarios de formación para los profesionales de su centro para así formarles en las medidas a tomar con los residentes. El proyecto durará 1 año y en él participarán aquellos ancianos que padecen de desnutrición provocada por una posible disfagia, tomando ciertas medidas y actividades de salud que previamente serían establecidas en seminarios formativos a los profesionales de su centro. Se realizarán una serie de pruebas físicas y cuestionarios comunes en nuestro ámbito y otros de elaboración propia para la valoración de los pacientes, y se realizarán dos consultas de seguimiento separadas por 6 meses hasta concluir el proyecto. Una vez finalizado el proyecto se realizará una valoración y estudio estadístico y así medir la efectividad del protocolo.

Por esta y otras razones más nos hemos dirigido a usted para presentar este proyecto que estoy segura redundará en beneficios mutuos y será beneficioso para el proyecto y para los residentes de su centro.

Un cordial saludo, atentamente,

Cristina Berciano Posada

Crisbp2001@gmail.com

ANEXO 4. CONSENTIMIENTO INFORMADO

D. /Dña., de años de edad y con DNI nº

Manifiesto que he leído y entendido la hoja de información que se me ha entregado, que he hecho las preguntas que me surgieron sobre el proyecto y que he recibido información suficiente sobre el mismo.

Comprendo que mi participación es totalmente voluntaria, que puedo retirarme del estudio cuando quiera sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Presto libremente mi conformidad para participar en el Proyecto de Investigación titulado “Intervención enfermera en personas mayores con desnutrición asociada a disfagia. Un estudio en residencias de la comunidad de Madrid”.

He sido también informado/a de que mis datos personales serán protegidos e incluidos en un fichero que deberá estar sometido a y con las garantías del Reglamento General de Protección de Datos (RGPD), que entró en vigor el 25 de mayo de 2018 que supone la derogación de Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre referidos a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales

Tomando ello en consideración, OTORGO mi CONSENTIMIENTO para cubrir los objetivos especificados en el proyecto.

Madrid, a de de 20