

# Evaluación de disfagia en adultos mayores institucionalizados y su relación con el estado nutricional

## *Assessment of dysphagia in institutionalized older adults and its relationship with nutritional status*

Carlos Martínez Romero<sup>1\*</sup>  y María Alba Pérez Romero<sup>2</sup> 

<sup>1</sup>Dispositivo nordeste SAS, Granada, España; <sup>2</sup>Centro de salud Las Lagunas, Mijas, Málaga, España

### RESUMEN

El envejecimiento de la población española, con una esperanza de vida de ochenta y cinco años para mujeres y ochenta años para hombres, ha provocado que muchas de estas personas desarrollen unos síndromes geriátricos que les impiden vivir de una forma totalmente independiente, ya sea por una limitación física de la movilidad o por limitaciones funcionales. La disfagia es el síntoma referido a la dificultad o al disconfort que ocurre durante el paso del bolo alimenticio desde la boca hasta el estómago. Método: El tipo de estudio que se plantea en este trabajo es un estudio observacional transversal. El presente estudio se ha realizado en una residencia de mayores localizada en la población de Huéscar, en la provincia de Granada. En la actualidad hay 90 personas que residen en la citada residencia y a los que se les aplicó los siguientes criterios de inclusión y exclusión. Resultados: La población que cumple con los criterios de inclusión del estudio es de 31 pacientes, de los cuales 65% son mujeres y el 35% son hombres, con una edad media de 85,3 años. Se realizará el test de sarcopenia, a los sujetos después de completar el EAT-10 en las consultas de ingreso y en las sucesivas revisiones. Discusión: La prevención, nuestra mejor arma. A la vista de los resultados obtenidos, podemos afirmar que la disfagia es un problema de salud importante en pacientes geriátricos, siguiendo la tendencia de estudios realizados con anterioridad. Para poder cuantificar el poder de la prevención en la aparición de la

\* Correspondencia: Carlos Martínez Romero. 1Dispositivo nordeste SAS, Granada, España.  
E-mail: Martinez\_carlos5@hotmail.com

disfagia y sus consecuencias, es necesario realizar estudios de larga duración donde se comparen una población caso y otra población control y se obtengan resultados de enfermedad si se siguen estos hábitos o no. Conclusiones: La disfagia puede ocasionar problemas importantes en el estado nutricional de los pacientes y las consecuencias que ello acarrea. Esto se observa con mayor intensidad en pacientes con un alto grado de dependencia. En nuestro estudio se observa unos evidentes peor estados nutricionales y peores índices de calidad de vida en aquellos pacientes que presentan disfagia asociada. La utilización de test de fácil aplicación en población institucionalizada permite poner de manifiesto la presencia de disfagia, así como de riesgo de desnutrición y sarcopenia. Es necesaria su implantación en residencias de mayores, como primer paso para realizar un estudio en profundidad del estado nutricional de los residentes.

**Palabras clave:** envejecimiento; disfagia; dependencia; estado nutricional; sarcopenia.

### **ABSTRACT**

The aging of the Spanish population, with a life expectancy of eighty-five years for women and eighty years for men, has caused many of these people to develop geriatric syndromes that prevent them from living in a totally independent way, either due to a physical limitation of mobility or functional limitations. Dysphagia is the symptom referring to the difficulty or discomfort that occurs during the passage of the food bolus from the mouth to the stomach. Method: The type of study proposed in this work is a cross-sectional observational study. This study has been carried out in a nursing home located in the town of Huéscar, in the province of Granada. There are currently 90 people who reside in the aforementioned residence and to whom the following inclusion and exclusion criteria were applied. Results: The population that meets the inclusion criteria of the study is 31 patients, of which 65% are women and 35% are men, with a mean age of 85.3 years. The sarcopenia test will be performed on the subjects after completing the EAT-10 in the admission consultations and in the successive reviews. Discussion: Prevention, our best weapon. In view of the results obtained, we can affirm that dysphagia is an important health problem in geriatric patients, following the trend of previous studies. In order to quantify the power of prevention in the appearance of dysphagia and its consequences, it is necessary to carry out long-term studies where a case population and a control population are compared and disease results are obtained whether these habits are followed or not. Conclusions: Dysphagia can cause important problems in the nutritional status of patients and the consequences that this entails. This is seen with greater intensity in patients with a high degree of dependence. In our study, obvious worse nutritional states and worse quality of life indices are observed in those patients with associated dysphagia. The use of easily applied tests in institutionalized populations makes it possible to reveal the presence of dysphagia, as well as the risk of malnutrition and sarcopenia. Its implementation in nursing homes is necessary, as a first step to carry out an in-depth study of the nutritional status of the residents.

**Keywords:** aging; dysphagia; dependence; nutritional status; sarcopenia.

## INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población española, con una esperanza de vida de ochenta y cinco años para mujeres y ochenta años para hombres, ha provocado que muchas de estas personas desarrollen unos síndromes geriátricos que les impiden vivir de una forma totalmente independiente, ya sea por una limitación física de la movilidad o por limitaciones funcionales (Fernández-Getino, 2018). Este envejecimiento ha provocado la aparición de una serie de síntomas geriátricos que impiden a estas personas poder realizar las actividades básicas de la vida de forma independiente (Luengo, Maicas, Navarro, y Romero, 2006). Uno de estos síntomas es la disfagia.

Esta disfagia puede ocurrir en dos localizaciones: a nivel orofaríngeo o a nivel del esófago, y puede tener una etiología de origen funcional o de alteraciones anatómicas a dicho nivel (Clavé, Terré, de-Kraa, y Serra, 2004).

Debido a la gran prevalencia de este trastorno, con las consecuencias que tiene, en este trabajo explicaremos más en profundidad la disfagia y las consecuencias a nivel antropométrico y sobre parámetros analíticos, que tiene en pacientes geriátricos institucionalizados (Iráizoz, 1999).

La disfagia es el síntoma referido a la dificultad o al disconfort que ocurre durante el paso del bolo alimenticio desde la boca hasta el estómago (Fernández-Getino, 2018). Es diferente a la odinofagia, que es el dolor causado por la ingesta de alimentos (Jiménez, Corregidor, y Gutiérrez, 2004).

En este apartado se comentará sobre la fisiopatología de la disfagia, su etiología, prevalencia, clínica, diagnóstico y tratamiento de la misma.

### ***Fisiología de la deglución***

La deglución es un conjunto de movimientos tanto voluntarios como involuntarios en el que participan múltiples pares craneales, nervios cervicales y la mayoría de músculos de la boca, faringe y esófago (Bermejo y Villarejo, 2016).

La deglución cuenta con tres fases (Burgos *et al.*, 2012):

1. Fase oral: Es una fase voluntaria en la que se distinguen diferentes procesos:
  - a. Una preparación, en la que se realiza la masticación y la formación del bolo.
  - b. Un tránsito donde el bolo se desplaza hacia la base de la lengua y se propulsa contra el paladar duro y la faringe.
  - c. Un reflejo deglutorio, donde se estimulan los pilares de las amígdalas, que es el que inicia el reflejo.

2. Fase faríngea: Es una fase involuntaria. En ella se eleva el paladar blando y se produce un movimiento, llamado peristalsis, de la faringe hacia la hipofaringe, desplazando el bolo hacia esta última. Además, para evitar el paso del bolo hacia la vía aérea, se produce el cierre de las cuerdas vocales y la epiglotis cae sobre la apertura de la laringe, junto con la acción del músculo constrictor superior, que evita la (González et al., 2011). Por último, se produce la apertura del esfínter cricofaríngeo.
3. Fase esofágica: Es una fase involuntaria. En la que se produce un movimiento peristáltico del bolo hacia el esófago y la relajación del esfínter esofágico inferior, permitiendo el paso del bolo al estómago para su digestión.

El envejecimiento no es una causa por sí misma de la disfagia de forma clínica, aunque con el mismo se producen trastornos en la fisiología de la deglución (Canham, 2017). Estas alteraciones en el normal cumplimiento de la deglución quedan resumidas en la tabla 1.

**Tabla 1.**  
*Trastornos en la fisiología de la deglución que aparecen con la edad*

Fase oral	Fase faríngea	Fase esofágica
1. Pérdida de piezas dentarias.	1. Disminución del tono muscular, alterándose el aclaramiento faríngeo.	Disminución de la amplitud de las contracciones de peristalsis del esófago.
2. Desajuste las prótesis dentarias.	2. Mayor propensión al desarrollo de divertículos.	
3. Atrofia de los músculos de la masticación.	3. Epiglotis más pequeña y lenta.	
4. Disminución de la producción de saliva.	4. Alargamiento del tiempo de apnea.	

*Elaboración propia: fuente Canham (2017)*

### ***Etiología***

La etiología de este trastorno puede ser por causas funcionales o anatómicas. Para entender bien la etiología dividiremos a este trastorno en dos tipos por su localización: disfagia orofaríngea y disfagia esofágica.

- Disfagia orofaríngea.

Es la dificultad para la movilización del bolo alimenticio desde la boca hasta el esófago (Clavé et al., 2007). Este tipo de disfagia representa el ochenta por ciento de los casos en los ancianos (Clavé y García, 2011).

Las causas pueden ser por lesiones estructurales o enfermedades neuromusculares:

1. Lesiones estructurales: Se pueden clasificar en:
  - a. Intrínsecas, como tumores, cirugía, estenosis, enfermedades inflamatorias e infecciosas.
  - b. Extrínsecas, como el bocio tiroideo, masas o alteraciones vasculares y alteraciones vertebrales.
2. Enfermedades neuromusculares: Pueden depender de diferentes localizaciones:
  - a. Del sistema nervioso central, como la enfermedad de Parkinson, los accidentes vasculocerebrales agudos (ACVA), demencias o esclerosis lateral amiotrófica o ELA.
  - b. De los nervios craneales, ocasionadas por parálisis del nervio laríngeo o como consecuencia de la neuropatía diabética.
  - c. De los músculos encargados de la deglución orofaríngea debido a miopatías, distrofias, aparición de hipo o hipertiroidismo o una disfunción cricofaríngea.

- Disfagia esofágica.

Es la dificultad del paso del bolo desde el esófago hasta el estómago (Clavé y García, 2011) y es la causa menos frecuente de disfagia en el anciano que encontramos, representando el 20% de los casos (Clavé y García, 2011).

Las patologías responsables de la aparición de la disfagia esofágica son Jiménez, Corregidor y Gutiérrez (2004):

1. Neoplasias: Tanto esofágicas como de estructuras adyacentes que puedan comprimir el esófago y dificulten el paso del bolo alimenticio.
2. Enfermedades propias del esófago: Esclerodermia, estenosis péptica, acalasia, espasmo esofágico difuso.
3. Adenopatías y aneurismas: Que hagan un efecto masa y alteren la luz del esófago, como aneurismas, adenopatías por tumores o infecciones.
4. Neuropatías: Secundarias, principalmente, a la diabetes mellitus.
5. Alteraciones en la cadena cervical: Como la osteoartropatía cervical. Los objetivos del presente estudio son:
  1. Conocer la prevalencia de disfagia en población institucionalizada mediante la utilización del test EAT-10.
  2. Evaluar el estado nutricional de los residentes mediante la utilización de test MNA, la presencia de sarcopenia mediante el test SARC-F y la capacidad funcional con el índice de Barthel.
  3. Establecer una relación entre la presencia de disfagia con el estado nutricional, la sarcopenia y capacidad funcional.

## MÉTODO

### ***Tipo de estudio***

El tipo de estudio que se plantea en este trabajo es un estudio observacional transversal.

### ***Ámbito de estudio***

El presente estudio se ha realizado en una residencia de mayores localizada en la población de Huéscar, en la provincia de Granada. Esta residencia tiene como función el tratamiento de pacientes geriátricos con enfermedades crónicas avanzadas sin tener en cuenta el grado de dependencia de los pacientes. Tiene una capacidad máxima para ciento treinta y dos personas y cuenta con el siguiente equipo sanitario:

1. Dos médicos durante la mañana, un médico en horario de guardia y fin de semana.
2. Cuatro enfermeros en los turnos de mañana y tarde, dos durante el turno de noche y los fines de semana.
3. Cuatro auxiliares de clínica.
4. Un administrativo en horario de mañana.
5. Un miembro de seguridad.
6. Equipo de cocina: un cocinero, dos ayudantes de cocina.

La residencia cuenta con habitaciones dobles y diez habitaciones individuales, reservados para los pacientes que estén en las fases finales de la vida o en situaciones que requieran aislamiento microbiológico, como infecciones por el virus de la gripe.

Se sirven cuatro comidas al día: desayuno, comida, merienda y cena. El horario estipulado de las comidas son las 8, 13, 17 y 20 horas respectivamente. Para pacientes con grandes problemas de movilidad o en situación clínica aguda o que requieran situación de aislamiento especial, son asistidos personalmente por personal de enfermería. Los menús los elabora un servicio de catering en colaboración con el equipo de cocina.

Además, el complejo tiene un comedor con capacidad para 100 personas donde parte del equipo de auxiliares de enfermería y el equipo de cocina reparten la comida; una zona de televisión y juegos de mesa y zonas ajardinadas.

### ***Participantes***

En la actualidad hay 90 personas que residen en la citada residencia y a los que se les aplicó los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

1. Criterios de inclusión:
  - a. Mayores de 65 años.
  - b. Estancia mayor de 3 meses en la residencia.

- c. Índice de Barthel con una puntuación mayor de 40.
  - d. Que muestren voluntariamente deseos de participar. Para ello, deben firmar el consentimiento informado de su participación en el mismo.
2. Criterios de exclusión: Los pacientes que cumplan cualquiera de los siguientes criterios de exclusión no podrá participar en el estudio:
- a. Sujetos en situación clínica grave o terminal.
  - b. Índice de Barthel entre 0-40.
  - c. Que no hayan firmado el consentimiento informado.

### ***Tamaño muestral***

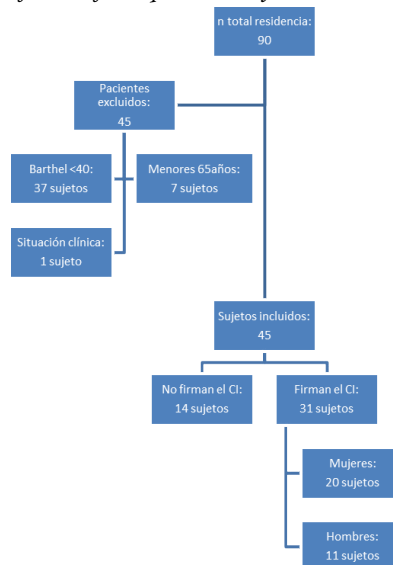
Tras la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión descritos anteriormente, la muestra final fue de 31 sujetos. En la figura 1 se muestra un diagrama donde, de forma detallada, se explica el proceso de selección del tamaño muestral.

### ***5.5 Variables medidas.***

Las variables que se miden en este estudio vienen descritas en los siguientes apartados.

- Datos recogidos de la anamnesis.

**Figura 1.**  
*Flujo de sujetos que se incluyen en el estudio*



Los datos recogidos de la anamnesis son los siguientes:

1. Sexo y edad de los pacientes.
2. Tiempo de estancia en la residencia.
3. Antecedentes personales médicos y quirúrgicos.
4. Tratamientos.

Estos datos se recogen mediante el acto médico durante la evaluación por los facultativos en el momento de ingreso de la residencia y durante las revisiones consiguientes que se realizan cada dos meses en la residencia.

- Variables antropométricas.

Las variables antropométricas que vamos a utilizar en nuestro estudio son el peso, la talla, el índice de masa corporal (IMC) y las circunferencias braquiales y de la pantorrilla.

El IMC viene definido como el cociente entre el peso, expresada en kilogramos, y la altura al cuadrado, expresada en metros (Clavé et al., 2004).

La medición de estas variables antropométricas se realiza al ingreso de los pacientes en la institución, y en las revisiones bimensuales se les realizan a todos los pacientes. Las condiciones en las que se llevan a cabo estas medidas son: en la consulta tras revisión o ingreso, a las once de la mañana- dos horas después de la ingesta de alimento al menos- medidos con dispositivos como báscula, tallímetro, plicómetro, cinta con material antropométrico homologado.

- Nivel de dependencia. Índice de Barthel.

El Índice de Barthel es una escala que permite medir la discapacidad que tienen los pacientes en el aspecto de la rehabilitación física en las actividades básicas de la vida diaria (Clavé et al., 2014). Mediante una escala, a la que se asignan diferentes puntuaciones, podemos evaluar la dependencia física de estos pacientes.

Los ítems medidos en el Índice de Barthel quedan detallados en la tabla 2.

**Tabla 2.**  
*Distribución de los pacientes según edad y sexo*

Edad	Sexo		TOTAL
	Hombres	Mujeres	
65-74 años	1	3	4
75-84 años	5	7	12
Mayores de 85 años	5	10	15
TOTAL	11	20	31



La interpretación del índice de Barthel es la siguiente:

1. 0-20 puntos: Dependiente total.
2. 21-60 puntos: Dependencia severa.
3. 61-90 puntos: Dependencia moderada.
4. 91-99 puntos: Dependencia leve.
5. 100 puntos: Independencia.

Este Índice de Barthel se realizará durante la entrevista del ingreso del paciente y en las revisiones subsiguientes, para comprobar la evaluación del paciente. Quedaran excluidos de este estudio, siguiendo los criterios de exclusión que hemos comentado anteriormente, los pacientes con una puntuación menor de 40 puntos.

- Valoración del riesgo de disfagia.

La valoración del riesgo de la disfagia depende de las enfermedades de base que tenga el paciente (Iraizoz, 1999), realizado esto en la primera entrevista clínica con el paciente.

Una de las herramientas que tenemos para realizar el despistaje de la disfagia es el cuestionario Eating Assessment Tool-10 o EAT-1011. El objetivo de esta prueba es unidimensionar la valoración de la disfagia (Burgos *et al.*, 2012). En la tabla 3 se muestran los ítems que se preguntan.

La valoración total es de 40 puntos. El tener más de 3 puntos indica la presencia de disfagia (Ferrero- López *et al.*, 2012).

Este cuestionario se pasará a todos los residentes durante la entrevista clínica al ingreso y durante las sucesivas revisiones.

- Valoración del riesgo de sarcopenia. Escala SARC-F.

**Tabla 3.**  
*Resultados de las medidas antropométricas*

Medidas antropométricas	Sexo		Media poblacional
	Hombres	Mujeres	
Talla (m)	1,81±	1,68±	1,72±
Peso (kg)	80,7 ±	62,9 ±	74,8 ±
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	25,1 ±	23,5 ±	24,7±
Circunferencia Braquial	28,18 ±3,28	28,85± 4,58	
Circunferencia Pantorrilla	43,45± 6,77	47,00± 7,74	

La sarcopenia viene definida como un nivel bajo de la función muscular debido a una baja masa muscular. La sarcopenia es uno de los factores que más causan discapacidad, caídas, hospitalización y posible (Izaola et al., 2005).

Los ítems valorados en esta escala se encuentran en la tabla 4.

La puntuación total máxima es de 10 puntos, con la siguiente interpretación:

1. 0-3 puntos: No representa sarcopenia.
2. Más de 4 puntos: Representa sarcopenia.

Este test se realizará a los sujetos después de completar el EAT-10 en las consultas de ingreso y en las sucesivas revisiones.

- Valoración del riesgo nutricional.

Para determinar el riesgo nutricional de los pacientes se realiza el test MNA20. Esta prueba permite la valoración del estado nutricional mediante una serie de preguntas, que se incluyen en la tabla 5.

La puntuación máxima que se puede obtener en esta prueba es de 30 puntos. La interpretación de los resultados obtenidos en este test es la siguiente (González et al., 2011):

1. Menor de 17 puntos: Desnutrición.
2. Entre 17 y 23,5 puntos: Riesgo de desnutrición.
3. Entre 24 y 30 puntos: Estado nutricional normal del paciente.

Este test se realizará en la entrevista clínica de ingreso y en las revisiones posteriores de los pacientes durante su estancia en nuestro complejo.

- Parámetros analíticos.

Los parámetros analíticos tienen como objetivo el cuantificar el daño que supone la desnutrición en los pacientes.

Los parámetros analíticos que se estudiarán son los siguientes:

1. Colesterol total: Es el principal marcador de riesgo cardiovascular. Una mala alimentación se ha relacionado con aumento de éste (Bermejo y Villarejo, 2016). Su punto de corte máximo sería de 200 mg/dL; si es superior a estas cifras se considera patológico el resultado.
2. Albúmina: Es uno de los marcadores clásicos del estado nutricional (Bermejo y Villarejo, 2016). El intervalo de la normalidad se encuentra situado entre 3,4-5,4 g/dL.
3. Triglicéridos: Junto con el colesterol, la presencia de niveles elevados de triglicéridos se relaciona con una alteración en el estado nutricional, conllevando un aumento del riesgo cardiovascular (Morley, Haehling y Anker, 2014). El límite superior de la normalidad es de 150 mg/dL.

Los parámetros analíticos se evalúan después de la obtención de sangre de los pacientes en ayunas. Estos análisis clínicos se llevan a cabo por los servicios clínicos del distrito sanitario. Estas pruebas se realizarán al ingreso y, posteriormente, cada seis meses. Las analíticas obtenidas durante procesos agudos no serán válidas en este estudio.

### ***Método de análisis***

Para la obtención de los resultados y posterior análisis, se realizarán los cuestionarios y pruebas médicas necesarias durante la atención clínica al ingreso del paciente en esta institución y, posteriormente, en las revisiones sucesivas de estos pacientes que se realizarán cada dos meses, excepto la obtención de los parámetros analíticos, que se realizarán cada seis meses.

Todos los resultados y variables obtenidas durante este estudio deben ser fuera de estados de enfermedad aguda o en casos de pre-éxitus, tal y como queda reflejado en los criterios de exclusión previamente descritos.

### ***Estudio estadístico***

El análisis estadístico de los resultados se llevará a cabo con el programa informático SPSS Statistics 2.0.

Se realizará un análisis descriptivo de las variables analizadas, indicándose los resultados como media aritmética y desviación estándar ( $x \pm SD$ ) en las variables numéricas y las variables categóricas en frecuencias absolutas y relativas ( $n$  y %). Este análisis se efectuará en toda la muestra y discriminando por sexo.

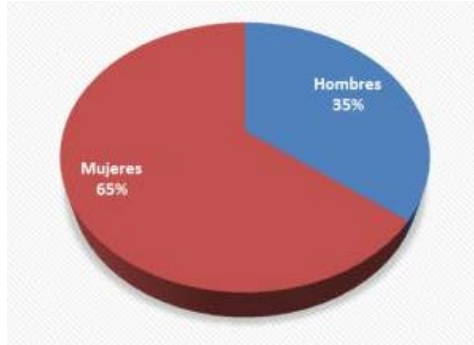
Se comprobará la normalidad de los datos mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov con un nivel de significación de 0,05. En el análisis inferencial se utilizarán la prueba ANOVA para la comparación de las medias para establecer diferencias significativas entre las variables y la correlación de Pearson para medir el grado de relación de dos variables cuantitativas.

## **RESULTADOS**

La población que cumple con los criterios de inclusión del estudio es de 31 pacientes, de los cuales 65% son mujeres y el 35% son hombres, con una edad media de 85,3 años. En la tabla 2 se muestra el número de sujetos incluidos en los tres grupos de edad contemplados. Las figuras 2 y 3 muestran la distribución por sexo y por edad y sexo respectivamente.

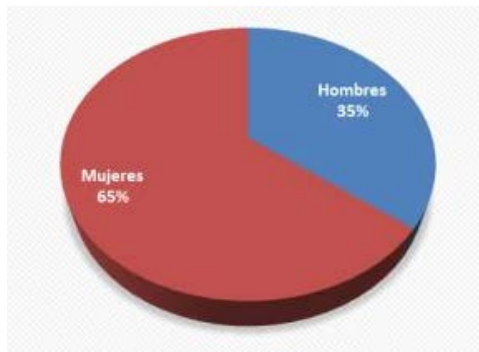
**Figura 2.**

*Distribución de la muestra por sexo*



**Figura 3.**

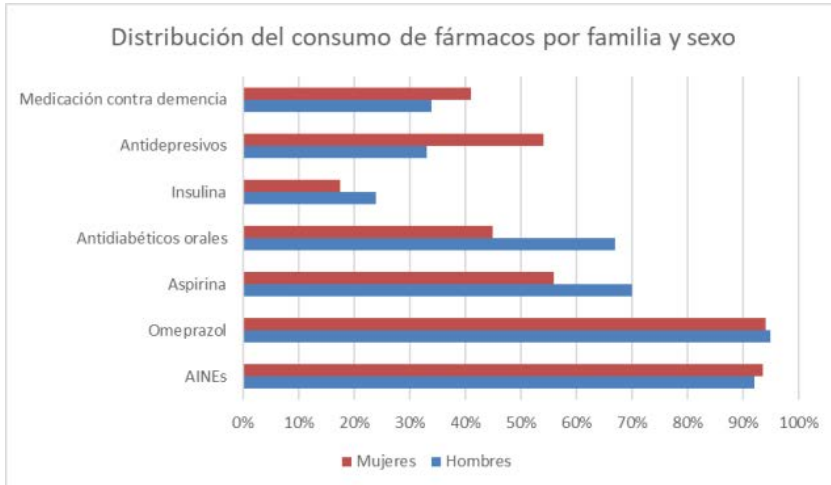
*Distribución de la muestra por edad y sexo*



El tiempo medio de estancia en la residencia es de 5,4 años, siendo en mujeres 1,7 años más en hombres.

Respecto a los tratamientos de los pacientes, su consumo se refleja en la figura 4.

**Figura 4.**  
*Distribución del consumo de fármacos por familia y sexo*



### ***Estudio antropométrico***

En la tabla 3 se recogen los valores medios de las medidas antropométricas tomadas.

### ***Nivel de dependencia. Índice de Barthel***

De todos los pacientes que cumplen los criterios de índice de Barthel para su inclusión en el estudio, los resultados son los siguientes:

1. No se han encontrado pacientes que tengan una independencia total.
2. El 65% de los pacientes presenta un grado de dependencia leve. De ellos el 25% son hombres y un 75% son mujeres.
3. El 35% de los pacientes presenta un grado de dependencia moderada. De ellos el 55% son hombres y el 45% son mujeres.

### ***Principales patologías que pueden estar asociadas a la presencia de disfagia***

Tras la consulta de la información de la anamnesis y de la historia clínica, se obtienen los siguientes resultados de las posibles causas de la etiología de la disfagia:

1. En el 39% de los pacientes no se ha objetivado ninguna de las causas más frecuentes de disfagia. De ellos el 50% son hombres y el 50% son mujeres.

2. En el 36% de los pacientes se ha identificado a la demencia- enfermedad de Alzheimer y otras enfermedades neurodegenerativas. De ellos el 18% son hombres y el 82% son mujeres.
3. En el 6% de los pacientes se ha relacionado a la enfermedad de Parkinson como responsable de la aparición de disfagia. De ellos, el 50% son hombres y el 50% son mujeres.
4. En el 19% de los pacientes se ha identificado como causa de disfagia a los accidentes cerebrovasculares. De ellos, el 33% son hombres y el 67% son mujeres.

Los datos obtenidos como disfagia quedan resumidos en la Tabla 8 y en las figuras 9 y 10.

Es importante analizar las diferencias entre los hombres y mujeres, mientras que el 55% de ellos no se han observado causas de disfagia, ese porcentaje es del 30% en el caso de las mujeres.

La demencia se detecta en el 45% de las mujeres, y es causal en solo el 18% de los hombres. Para ellos, ocupan en mismo lugar de importancia la demencia y ACV, mientras que para las mujeres la diferencia es importante (45% y 20% respectivamente).

Los valores de ACV y Parkinson no difieren tanto entre hombres y mujeres, es causal el primero del 18% de los hombres y 20% de las mujeres mientras que el Parkinson es un motivo del 9% de los hombres y solo el 5% de las mujeres.

### ***Riesgo de sarcopenia según el SARC-F***

Se realizará el test de sarcopenia, a los sujetos después de completar el EAT-10 en las consultas de ingreso y en las sucesivas revisiones.

Los resultados de pacientes con sarcopenia según la escala SARC-F son los siguientes:

Del total de los pacientes que se han incluido en el estudio, el 74% han presentado una puntuación significativa para sarcopenia (mayor de tres puntos). De estos pacientes, el 37% son hombres, y el 63% son mujeres.

Del 26% que no presentaron riesgo de padecer sarcopenia (puntuación entre cero y tres puntos), el 35% son hombres y el 65% son mujeres. En la figura 12 se puede ver estos resultados.

Detectamos que el 65% de los sujetos incluidos en el estudio obtienen una puntuación superior a 24, lo que indica un estado nutricional normal de los cuales, 40% son hombres y 60% son mujeres.

Detectamos que 35% de los sujetos incluidos en el estudio obtienen una puntuación entre 17 y 23.5 puntos, que indican que existe un riesgo de desnutrición. De estos pacientes, el 27% son hombres y el 73% son mujeres.

Los resultados obtenidos pueden compararse por sexo, donde se observa que las mujeres tienen un mayor riesgo de desnutrición que los hombres.

## DISCUSIÓN

La prevención, nuestra mejor arma. A la vista de los resultados obtenidos, podemos afirmar que la disfagia es un problema de salud importante en pacientes geriátricos, siguiendo la tendencia de estudios realizados con anterioridad (Fernández-Getino, 2018).

La presencia de disfagia se ha asociado a un empeoramiento del estado nutricional de los pacientes, medido tanto por la escala MNA como por los parámetros analíticos obtenidos, si bien es cierto que no eran muy amplios.

También destaca que, a mayor dependencia, es decir, a índice de Barthel con puntuaciones más bajas, mayor presencia de disfagia y, por tanto, mayor riesgo de presentar desnutrición.

Por tanto, cabe destacar que nuestros esfuerzos no sólo deben ir dirigidos hacia el tratamiento de la disfagia, si bien es importante. Lo ideal sería abordar el problema de base: la no independencia de los pacientes y, por tanto, su estado funcional.

Si bien es cierto que muchas enfermedades, especialmente las neurodegenerativas como el Alzheimer y el Parkinson, no tienen un tratamiento del todo eficaz, sí que existen estrategias de prevención para estas enfermedades. De hecho, en esta revisión se ha demostrado que estrategias de prevención primaria pueden disminuir o retrasar la aparición de la enfermedad de Alzheimer (Izaola et al., 2005). Estas estrategias se basan en la educación de la población a nivel de buenos hábitos dietéticos y promociones de estilos de vida laudables, como la realización de ejercicio.

Pero no sólo las enfermedades neurodegenerativas producen un mayor riesgo de disfagia. Hemos visto como los accidentes cerebrovasculares son también una importante causa de este trastorno (Jiménez, Corregidor y Gutiérrez, 2004). Además, la presencia de estos accidentes cerebrovasculares puede influir en la aparición una mayor dependencia de los pacientes, dependiendo del grado de afección del mismo (Clavé et al., 2014). De hecho, en los resultados de los parámetros analíticos se observa que hay un estado de hipercolesterolemia, lo que aumenta significativamente el riesgo de padecer estos accidentes.

Es, por tanto, fundamental realizar estrategias de prevención primaria de estos dos trastornos: la demencia y las enfermedades cerebrovasculares. Realizar unas estrategias dietéticas adecuadas son fundamentales para evitar la aparición de estos dos síndromes. Pero estas estrategias no deben centrarse en población geriátrica, sino en población infantil. Cuanto antes se obtengan unos buenos hábitos dietéticos, mayor adherencia habrá y, por tanto, menor riesgo de aparición de estas enfermedades.

Para poder cuantificar el poder de la prevención en la aparición de la disfagia y sus consecuencias, es necesario realizar estudios de larga duración donde se comparen una población caso y otra población control y se obtengan resultados de enfermedad si se siguen estos hábitos o no.

## CONCLUSION

La disfagia puede ocasionar problemas importantes en el estado nutricional de los pacientes y las consecuencias que ello acarrea. Esto se observa con mayor intensidad en pacientes con un alto grado de dependencia. En nuestro estudio se observa unos evidentes peor estados nutricionales y peores índices de calidad de vida en aquellos pacientes que presentan disfagia asociada.

La utilización de test de fácil aplicación en población institucionalizada permite poner de manifiesto la presencia de disfagia, así como de riesgo de desnutrición y sarcopenia. Es necesaria su implantación en residencias de mayores, como primer paso para realizar un estudio en profundidad del estado nutricional de los residentes.

## REFERENCIAS

- Bermejo, F., y Villarejo, A. (2016). Alzheimer's disease prevention: A way forward. *Rev Clin Esp*, 216(9), 495-503. <https://doi.org/10.1016/j.rce.2016.05.010>
- BURGOS, R. 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.* [online]. 2012, vol.27, n.6, pp.2048-2054. ISSN 1699-5198. <http://dx.doi.org/10.3305/nh.2012.27.6.6100>.
- Canham, M. (2017). Revisión de la disfagia orofaríngea en adultos mayores. *Nursing*. Disponible en: <https://www.elsevier.com/es-es>
- Clavé, P., Arreola, V., Velasco, M., Quer, M., Castellví, J.M., Almirall, J., ... Carrau, R. (2007). Diagnóstico y tratamiento de la disfagia orofaríngea funcional. Aspectos de interés para el cirujano digestivo. *Cir Esp*, 82(2), 62-76. [https://doi.org/10.1016/S0009-739X\(07\)71672-X](https://doi.org/10.1016/S0009-739X(07)71672-X)
- Clavé, P., Terré, de-Kraam, M., y Serra, M. (2004). Approaching oropharyngeal dysphagia. *Rev Esp Enferm Dig*, 96(2), 119-131. <https://doi.org/10.4321/s1130-01082004000200005>
- Clavé-Civit, P., y García-Peris, P. (2011). Guía de diagnóstico y de tratamiento nutricional y rehabilitador de la disfagia orofaríngea. Barcelona: Glosa, S.L.



- Fernández-Getino, C. (2018). Prevalencia de disfagia orofaríngea en ancianos institucionalizados y su relación con síndromes geriátricos. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 38, 69-76. <https://doi.org/10.1016/j.rlfa.2017.09.001>
- Ferrero-López, M.; García G. J.; Botella T.J.; Vidal O. (2012). Detección de disfagia en Mayores Institucionalizados. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*. Volume 47, Issue 4, Pages 143-147. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2011.09.004>
- González, A., Mancha, A., Rodríguez, F.J., Ulibarri, J.I., y Culebras, J. (2011). The use of biochemical and immunological parameters in nutritional screening and assessment. *Nutrición Hospitalaria*, 26(3), 594-601. <https://doi.org/10.1590/s0212-16112011000300024>
- Iráizoz, I. (1999). Comprehensive geriatric assesment (II): nutritional and mental evaluation in elderly. *Anales Sis San Navarra*, 22(1), 51-69.
- Izaola, O., Román, D.A., Cabezas, G., Rojo, S., Cuéllar, L., Terroba, M.C., ... González, M. (2005). Mini Nutritional Assessment (MNA) como método de evaluación nutricional en pacientes hospitalizados. *An Med Interna*, 22(7), 313-316. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-71992005000700003](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992005000700003)
- Jiménez, C., Corregidor, A.I., y Gutiérrez, C. (2004). Disfagia. En *Sociedad Española de Geriátría y Gerontología, Tratado de Geriátría para Residentes* (pp. 545-53). Madrid.
- Luengo, C., Maicas, L., Navarro, M.J. y Romero, L. (2006). Justificación, concepto e importancia de los síndromes geriátricos. En *Sociedad Española de Geriátría y Gerontología, Tratado de geriatría para residentes* (pp. 143-50). Madrid.
- Morley JE, von Haehling S, Anker SD, Vellas B. From sarcopenia to frailty: a road less traveled. *J Cachexia Sarcopenia Muscle*. 2014 Mar;5(1):5-8. <https://doi.org/10.1007/s13539-014-0132-3>

Recibido: 03 de agosto de 2020

Aceptado: 21 de agosto de 2020