

Prevalencia de Disfagia Orofaringea en pacientes de 75 años o más que acuden a consulta de Enfermería de Atención Primaria del Área Sanitaria de Vigo

Prevalence of Oropharyngeal Dysphagia in patients over 75 years or more who attend a Nursing consultation of Primary Care in the Health Area of Vigo

García Fernández, Fátima¹; Iglesias Barrilero, Marta¹; Santalla Márquez, Carlota¹

¹Atención Primaria, Área Sanitaria de Vigo.

Autora para correspondencia: Fátima García Fernández. fati_gf@yahoo.es

Resumen

Título: Prevalencia de disfagia orofaríngea en pacientes mayores de 75 años o más que acuden a consulta de enfermería de atención primaria del Área Sanitaria de Vigo.

Objetivo: Determinar la prevalencia, características sociodemográficas y clínicas.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Tres Centros de Salud del Área Sanitaria de Vigo, dos de ellos urbanos (Pintor Colmeiro y Taboada Leal) y un tercero rural (Ponteareas).

Método/Mediciones: participaron mayores de 75 años de ambos sexos. Intervenciones: test de cribado de disfagia orofaríngea (EAT 10) y test de confirmación de disfagia orofaríngea (MECV-V) si EAT 10 > 3 puntos. Clasificaciones utilizadas: CIAP-2, ATC. Variables: Edad, sexo, Índice de Barthel, Accidente cerebro vascular (CIAP K90), Esclerosis Múltiple (CIAP N86), Parkinson (CIAP N87), Demencia (CIAP P70), Enfermedades de Esófago (CIAP D84), Neoplasias Digestivas (CIAP D77), N06A. Antidepresivos, N05. Psicolépticos, M03. Relajantes musculares, N02A. Analgésicos opiáceos, A03B. Atropina y Butilscopolamina.

Resultados: Muestra de 164 pacientes, 46,3% hombres y 53,7% mujeres. 4 (1,77%) obtuvieron resultado positivo en el test de despistaje de disfagia EAT 10. 2 resultado negativo en el test de confirmación MECV-V. Diferencias significativas, con un nivel de significación $\alpha = 0,05$, en el Índice de Barthel, antidepresivos y psicolépticos según sexo. La muestra obtenida es una representación de los pacientes que acuden a consulta, produciéndose una infraestimación de la prevalencia de disfagia.

Conclusiones: Tanto el test EAT 10 como la prueba MECV-V son sencillas y factibles para ser realizadas en atención primaria.

Palabras clave: *Trastornos de deglución; Disfagia; Atención de Enfermería; Enfermería de Atención Primaria.*

Abstract

Title: Prevalence of oropharyngeal dysphagia in patients over 75 years or more who attend a nursing consultation room of Primary Care in the Health Area of Vigo.

Objectives: To determine the prevalence, sociodemographic and clinical characteristics.

Design: Descriptive cross-sectional study.

Site: Three Health Centers in the Health Area of Vigo, two of them urban (Pintor Colmeiro and Taboada Leal) and a third rural (Ponteareas).

Measurements/Methods: Participants both sexes, over 75 years old. Interventions: oropharyngeal dysphagia screening test (EAT 10) and oropharyngeal dysphagia confirmation test (MECV-V) if EAT 10 > 3 points. Classifications used: CIAP-2, ATC. Variables: Age, sex, Barthel Index, Stroke (AVC) (CIAP K90), Multiple Sclerosis (CIAP N86), Parkinson's (CIAP N87), Dementia (CIAP P70), Esophageal Diseases (CIAP D84), Digestive Neoplasms (CIAP D77), N06A. Antidepressants, N05. Psycholeptics, M03. Muscle relaxants, N02A. Opioid analgesics, A03B. Atropine and Butylscopolamine.

Results: Sample of 164 patients, 46.3% men and 53.7% women. 4 (1.77%) obtained positive results in the EAT 10 dysphagia screening test. 2 negative results in the MECV-V confirmation test. Significant differences, with a significance level $\alpha = 0.05$, in the Barthel score, antidepressant and psycholeptic according to sex. The sample obtained is a representation of the patients who attend the consultation, producing an underestimation of the prevalence of Dysphagia.

Conclusions: Both tests EAT 10 such MECV-V are simple and feasible to be performed in Primary Care.

Keywords: *Deglutition disorders; Nursing care, Primary Care Nursing.*

INTRODUCCIÓN

La disfagia se define como la sensación de dificultad para el paso tanto de líquidos como de sólidos desde la boca hasta el estómago. Siendo esta sensación subjetiva el síntoma definitorio de la misma. Es un trastorno de la esfera alimenticia que se caracteriza por la alteración de la capacidad para deglutir, es decir, de la propulsión y transporte del bolo alimenticio desde la boca hasta el estómago, pudiéndose producir penetración de comida en la vía aérea (1).

Según datos del INE 2021 (2), la población española se caracteriza por un envejecimiento cada vez mayor, compuesta en un 19,77% por mayores de 65 años y siendo la esperanza de vida más elevada en mujeres que en hombres. Este envejecimiento poblacional trae consigo trastornos y patologías más prevalentes en edades avanzadas, tales como la disfagia.

La prevalencia de la disfagia orofaríngea en la población mayor de 65 años se estima entorno al 30% (3) y el incremento de la esperanza de vida supone que este grupo de población va en aumento (4).

La disfagia está relacionada con una mayor mortalidad, morbilidad, discapacidad y estancias hospitalarias más largas (5), produciendo consecuencias para el entorno familiar por la dependencia que genera en la persona y también en la comunidad por el impacto económico que supone para el Sistema Sanitario. A su vez, es uno de los Síndromes Geriátricos más desconocidos, y sin embargo uno de los síntomas más comunes y más prevalentes dentro de la población geriátrica. Este síndrome provoca grandes consecuencias en la salud, capacidad funcional y calidad de vida de los ancianos que lo padecen (6).

La disfagia podría por una parte, ocasionar en el paciente desnutrición y/o deshidratación, que pueden ser cuadros en ocasiones progresivos y que implican importantes recursos sanitarios (7) y, por otro lado la disminución de la seguridad en la deglución puede producir atragantamiento y aspiración traqueobronquial y llegar a causar el 50% de los ingresos de pacientes por neumonía, con una mortalidad de hasta el 50% de esos ingresos (7-10).

A pesar de la alta prevalencia y de la existencia de un código ICD (Clasificación Internacional de Enfermedades) diagnóstico específico, la disfagia orofaríngea raramente se incluye en los informes de alta hospitalaria, informes de atención sociosanitaria o en el ámbito de la atención primaria. Estamos ante una situación de infradiagnóstico, no habiendo sido estudiados el 80% de los pacientes y pudiendo, con un diagnóstico precoz, evitar un 15% de muertes en mayores de 65 años (11).

El profesional de Enfermería, responsable del cuidado del paciente, debe estar entrenado en la observación y valoración primera de la deglución de los pacientes, ya que en numerosas ocasiones ni siquiera ellos mismos son conocedores de que presentan este problema. Es frecuente que personas que acuden a las consultas de los centros de salud refieran síntomas diferentes como sensación de cuerpo extraño en faringe, dificultad en la progresión del bolo, evitación de determinados alimentos entre otros. Ante estos síntomas se debe sospechar en la existencia de una alteración en la eficacia de la deglución. En el caso de que la persona presente otros síntomas como tos frecuente que coincide con la ingesta, aparición de voz húmeda o cambios en el tono, historia de infecciones respiratorias, picos febriles, o neumonías por aspiración, se debe pensar en alteraciones en la seguridad de la deglución (12-14).

Para el despistaje y confirmación de la disfagia se han desarrollado diversos instrumentos validados para patologías específicas, tales como el Eating-Assessment Tool-10 (EAT-10) y el Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad (MECV-V). Los cuales son empleados en la práctica diaria enfermera y forman parte del Proceso de Atención de Enfermería (8,15,16). Los profesionales de enfermería son los principales responsables de la atención de los pacientes con disfagia con riesgo de aspiración, es por ello fundamental la participación de las enfermeras en la detección precoz de la disfagia independientemente del método de cribado utilizado. (17).

El EAT-10 es un instrumento analógico verbal, unidimensional, auto o heteroadministrado y de puntuación directa para la evaluación de síntomas específicos de disfagia, que ha mostrado una consistencia interna y reproducibilidad excelentes, y cuya validez y fiabilidad han sido probadas en una amplia cohorte de pacientes con trastornos de la deglución debidos a diversas causas, tanto para el establecimiento inicial de la gravedad del síntoma como para la valoración del tratamiento de la disfagia en una gran variedad de situaciones clínicas (18).

El MECV-V desarrollado por el Dr. Clavé y su equipo (6), es útil para identificar la disfagia orofaríngea. Se basa en que la disminución del volumen del bolo y el aumento de la viscosidad mejoran la seguridad de la deglución. Es capaz de diagnosticar la aspiración con una sensibilidad diagnóstica del 83- 85% y una especificidad del 64,7-69%. Permite reconocer la disfagia, evitar la broncoaspiración y ajustar la dieta para evitar complicaciones posteriores, es asequible a cualquier entorno y tiene un bajo coste.

La prevalencia de la disfagia en la población de los centros de atención primaria del Área Sanitaria de Vigo no ha sido estudiada y su análisis es imprescindible para la mejora de la calidad de vida de las personas que la padecen. Por todo lo anteriormente expuesto, planteamos la realización del presente estudio, de manera que se pueda conocer la prevalencia de disfagia orofaríngea de la población de tres Centros de Salud del Área mencionada. Este estudio es necesario dentro del campo de la Enfermería ya que de esta manera se podrá hacer un diagnóstico precoz e implementar técnicas de prevención y un tratamiento dietético nutricional adecuado, evitando importantes complicaciones, la alta morbi-mortalidad asociada, además de elevados costes sanitarios.

MÉTODOS

Ámbito de estudio

Tres Centros de Salud (CS) del Área de Vigo, dos de ellos urbanos y un tercero rural. Los cupos estaban formados por población mayoritariamente envejecida, exceptuando el CS de Pintor Colmeiro, donde la mayoría del cupo era población joven.

Definición de los sujetos a estudio

La población a estudio estuvo compuesta por pacientes de 75 años o más, de ambos sexos, que acudieron a consulta de Enfermería de Atención Primaria.

Selección y retirada de sujetos

- Criterios de selección:
 - Criterios de inclusión:
 - Edad mayor o igual de 75 años
 - Aceptación de la participación en el estudio y firma del consentimiento informado o aceptación mediante consentimiento informado por representación.
 - Criterios de exclusión:
 - Imposibilidad de acceder al Centro de Salud.

Captación y reclutamiento de los participantes

Se realizó una captación oportunista de los pacientes que asistieron a la consulta de enfermería de tres cupos pertenecientes a tres centros de salud del Área Sanitaria de Vigo. Si el paciente cumplía los criterios de selección, se le proponía la inclusión en el estudio y se realizaba el test EAT-10 a modo de cribado de disfagia orofaríngea previa firma del consentimiento informado. A quien obtenía un resultado en el mismo de 3 o mayor se le proponía la realización inmediata del método de exploración clínica volumen viscosidad (MECV-V) en función de la disponibilidad de tiempo y/o espacio adecuado para su realización o, en su defecto, se programaba una nueva consulta para su realización teniendo en cuenta las posibilidades de desplazamiento del paciente, todo ello para confirmar la presencia de Disfagia Orofaríngea.

Justificación del tamaño de la muestra

Muestreo sistemático consecutivo. Tamaño de la muestra para la frecuencia en una población: aceptando un riesgo alfa de 0.95 para una precisión de +/- 0.1 unidades en un contraste bilateral para una proporción estimada de 0.20, se precisa una muestra aleatoria poblacional de 184 sujetos, asumiendo que la población es de 719 sujetos. Se ha estimado una tasa de reposición del 0%. Resultados de OpenEpi, versión 3, la calculadora de código abierto SSPropor.

Variables principales y secundarias

- Escalas utilizadas

El test EAT-10 se trata de un cuestionario de 10 preguntas, que puede ser auto o heteroadministrado, diseñado por un grupo multidisciplinar de expertos. El paciente debe responder a cada pregunta de forma subjetiva en una escala de cinco puntos (0-4 puntos), en la que cero (0) indica la ausencia del problema y cuatro (4) indica que considera que se trata de un problema serio. Permite la detección de disfagia con una puntuación ≥ 3 y tiene la capacidad para predecir el riesgo de aspiración a partir de >15 puntos. Su administración es rápida, 5-10 minutos (18)

El MECV-V, utiliza bolos de tres viscosidades y tres volúmenes diferentes. Mediante este método se pueden detectar de forma segura los principales signos clínicos que indican la existencia de un trastorno de la deglución. Durante la realización, se controla la saturación de oxígeno mediante pulsioxímetro y el paciente debe estar sentado y tranquilo. El personal que realiza el test se coloca a la misma altura para favorecer la flexión del cuello y después de cada toma se comprueba que tenga la cavidad bucal vacía. Consiste en administrar consecutivamente al paciente 5, 10 y 20 cc de alimento en texturas líquida, néctar y pudding, obtenidas con espesante comercial según protocolo (100 ml de agua a temperatura ambiente con 0 g, 4,5 g y 9 g de espesante, respectivamente), empezando por el bolo más seguro, el de viscosidad media y volumen bajo (5 ml de néctar), e incrementando progresivamente la dificultad. La aplicación del MECV-V se realizará con las máximas garantías de seguridad, en la consulta de enfermería del centro de salud y con el apoyo y colaboración si fuera preciso de personal facultativo y otro personal sanitario. Si el paciente presenta: tos, residuos orales, incompetencia del sello labial, deglución fraccionada, cambio de voz o desaturación de oxígeno, la prueba para ese volumen y esa viscosidad se considerará positiva y se detendrá. Esto significa que será necesario aumentar la viscosidad y/o disminuir el volumen para poder nutrirlo e hidratarlo de forma segura (19). El tiempo previsto para la realización del test es de 20-30 min.

Variable principal: disfagia medida por EAT-10 (cribado) y MECV-V (confirmación).

Variables secundarias:

- edad (años), sexo (hombre/mujer), Índice Barthel (estimación cuantitativa del grado de independencia de una persona).
- Patologías relacionadas con la disfagia (CIAP-2): Accidente Cerebrovascular (ACV) (CIAP K90), Esclerosis Múltiple (CIAP N86), Parkinson (CIAP N87), Demencia (CIAP P70), Enfermedades de Esófago (CIAP D84), Neoplasias Digestivas (CIAP D77).
- Medicamentos (ATC): N06A. Antidepresivos, N05. Psicolépticos, M03. Relajantes musculares, N02A. Analgésicos opiáceos, A03B. Atropina y Butilescopolamina

Comité de Ética

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación Clínica de Pontevedra-Vigo-Ourense a 30/09/2022 con Código de Registro: 2022/215.

Plan de análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo. Las variables cualitativas se expresaron como porcentajes y frecuencias absolutas. Las variables numéricas se indicaron mediante la media y la desviación típica (distribución normal), o con la mediana y el rango intercuartil (no gaussianas). Como pruebas de normalidad se emplearon el test de Kolmogorov-Smirnov.

El análisis se realizó con el programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versión 19.0 en castellano. Para el análisis bivalente se aplicó el test U de Mann-Whitney para variables cuantitativas no paramétricas, el test de la t-Student para variables cuantitativas paramétricas y la prueba de la ji-cuadrado para variables cualitativas, considerando un nivel de significación $\alpha = 0,05$.

RESULTADOS

De los 164 pacientes, ninguno (0%) había sido previamente estudiado ni diagnosticado de disfagia orofaríngea en atención primaria ni atención hospitalaria, no habiendo ningún registro al respecto en la Historia Clínica Electrónica (lanus).

La muestra estudiada está compuesta por sujetos que se ajustan al perfil de la población diana, compuesta por 719 personas mayores de 75 años en el momento de realización del estudio

La muestra de 184 pacientes finalmente contó con 164 con edades comprendidas entre los 75 y los 96 años en el momento del estudio, con una media de edad de 81.07 años. El 46,3% fueron hombres y el 53,7% mujeres. En la Tabla 1 podemos ver el análisis descriptivo de la muestra estudiada

De los pacientes evaluados, sólo 4 (1,77%) obtuvieron un resultado positivo en el test de cribado de disfagia orofaríngea (EAT 10), es decir, presentaban síntomas (tabla 1). De estos 4 pacientes, solo se pudo realizar el test diagnóstico (MECV-V) a 2 de ellos por pérdida de los otros 2 participantes. Ambos sujetos obtuvieron un resultado negativo, descartando la disfagia orofaríngea.

Detectamos 2 valores perdidos en la variable MECV-V, los dos individuos que tuvieron puntuación mayor que 3 en la escala EAT-10 pero a los que no se les realizó la prueba MECV-V.

Tabla 1 . Análisis descriptivo inicial

	Total*	NA
N	164	
Edad (años)	81,07 (4,59)	
Sexo (mujer)	88 (53,7)	
Centro de salud		
Colmeiro	40 (24,4)	
Ponteareas	62 (37,8)	
Taboada Leal	62 (37,8)	
EAT-10 (0-40)	0,66 (1,77)	
Disfagia según EAT-10 (sí)	4 (2,4)	
MECV-V (negativo)	100 (100,0)	2
Barthel (0-100)	8,77 (1,11)	
Alzheimer (sí)	0 (0,0)	
AVC (sí)	9 (5,5)	
Esclerosis Múltiple (sí)	0 (0,0)	
Parkinson (sí)	2 (1,2)	
Demencia (sí)	2 (1,2)	
Enfermedades de Esófago (sí)	4 (2,4)	
Neoplasias Digestivas (sí)	2 (1,2)	
Antidepresivos (sí)	31 (18,9)	
Psicolépticos (sí)	59 (36,0)	
Relajantes musculares (sí)	1 (0,6)	
Analgésicos opiáceos (sí)	10 (6,1)	
Atropina y Butilescopolamina (sí)	1 (0,6)	

*Los datos se expresan en media (DE) para cuantitativas y en frecuencia (%) para cualitativas.

Tabla 1: Análisis descriptivo inicial.

Del total de 164 pacientes estudiados ninguno presentaba enfermedad de Alzheimer, tampoco ningún paciente de los estudiados padecía esclerosis múltiple, un 5.5% había padecido un ACV, un 2.4% padecía enfermedades del esófago, un 1.2% de los pacientes presentaba Enfermedad de Parkinson, un 1.2% demencia y también un 1.2% neoplasias digestivas.

En cuanto a la toma de medicamentos que pueden influir en la disfagia, destaca que un 36% de los pacientes estudiados tomaba psicolépticos y un 18.9% antidepresivos. Un 6.1% consumía analgésicos opiáceos, un 0.6% relajantes musculares y un 0.6% atropina y butilescopolamina.

En la tabla 2 se presenta el análisis descriptivo por centro de salud. En la Tabla 3 se presenta el análisis bivalente por sexo.

Tabla 2. Análisis descriptivo por centro de salud

	Centro de salud*		
	Colmeiro	Ponteareas	Taboada Leal
N	40 (24,4)	62 (37,8)	62 (37,8)
Edad (años)	80,15 (4,39)	82,11 (4,83)	80,63 (4,32)
Sexo (mujer)	17 (42,5)	38 (61,3)	33 (53,2)
EAT-10 (0-40)	0,58 (0,78)	0,58 (1,39)	0,81 (2,46)
Disfagia según EAT-10 (sí)	2 (5,0)	2 (3,2)	0 (0,0)
MECV-V (negativo)	0 (0,0)	100 (100,0)	0 (0,0)
Barthel (0-100)	8,88 (0,46)	8,61 (1,54)	8,85 (0,85)
Alzheimer (sí)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
AVC (sí)	5 (12,5)	2 (3,2)	2 (3,2)
Esclerosis Múltiple (sí)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Parkinson (sí)	1 (2,5)	1 (1,6)	0 (0,0)
Demencia (sí)	0 (0,0)	2 (3,2)	0 (0,0)
Enfermedades de Esófago (sí)	2 (5,0)	0 (0,0)	2 (3,2)
Neoplasias Digestivas (sí)	1 (2,5)	0 (0,0)	1 (1,6)
Antidepresivos (sí)	10 (25,0)	10 (16,1)	11 (17,7)
Psicolépticos (sí)	20 (50,0)	22 (35,5)	17 (27,4)
Relajantes musculares (sí)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,6)
Analgésicos opiáceos (sí)	6 (15,0)	4 (6,5)	0 (0,0)
Atropina y Butilescopolamina (sí)	1 (2,5)	0 (0,0)	0 (0,0)

*Los datos se expresan en media (DE) para cuantitativas y en frecuencia (%) para cualitativas.

Tabla 2: Análisis descriptivo por centro de salud.

Tabla 3. Análisis descriptivo por centro de salud

	Hombre			Mujer			p valor
	Porcentaje/media	IC 95 %		Porcentaje/media	IC 95 %		
Edad (años)	80,61	79,60	81,61	81,48	80,48	82,48	0,260
Centro de salud							0,177
Colmeiro	30,26	20,82	41,18	19,32	12,13	28,48	
Ponteareas	31,58	21,97	42,57	43,18	33,19	53,61	
Taboada	38,16	27,84	49,35	37,50	27,92	47,89	
EAT-10 (0-40)	0,58	0,12	1,04	0,74	0,41	1,06	0,246
Disfagia según EAT-10 (sí)	1,32	0,23	7,08	3,41	1,17	9,55	
MECV-V (negativo)							0,543
NA	100,00	100,00	100,00	97,73	92,91	99,52	
NEGATIVO	0,00	0,00	0,00	2,27	0,48	7,09	
Barthel0100	8,97	8,92	9,03	8,59	8,28	8,90	0,029*
Alzheimer							0,349
No	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	
Sí	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
AVC							1,000
No	94,74	87,97	98,20	94,32	88,00	97,80	
Sí	5,26	1,80	12,03	5,68	2,20	12,00	
Esclerosis Múltiple							0,349
No	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	
Sí	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Parkinson							1,000
No	98,68	94,02	99,86	98,86	94,81	99,88	
Sí	1,32	0,14	5,98	1,14	0,12	5,19	
Demencia							0,543
No	100,00	100,00	100,00	97,73	92,91	99,52	
Sí	0,00	0,00	0,00	2,27	0,48	7,09	
Enfermedades de esófago							0,720
No	98,68	94,02	99,86	96,59	91,18	99,03	
Sí	1,32	0,14	5,98	3,41	0,97	8,82	
Neoplasias digestivas							1,000
No	98,68	94,02	99,86	98,86	94,81	99,88	
Sí	1,32	0,14	5,98	1,14	0,12	5,19	
Antidepresivos							0,006**
No	90,79	82,77	95,78	72,73	62,80	81,19	
Sí	9,21	4,22	17,23	27,27	18,81	37,20	
Psicolépticos							0,011*
No	75,00	64,46	83,68	54,55	44,14	64,66	
Sí	25,00	16,32	35,54	45,45	35,34	55,86	
Relajantes musculares							1,000
No	100,00	100,00	100,00	98,86	94,81	99,88	
Sí	0,00	0,00	0,00	1,14	0,12	5,19	
Analgésicos opiáceos							0,458
No	96,05	89,84	98,88	92,05	85,02	96,37	
Sí	3,95	1,12	10,16	7,95	3,63	14,98	
Atropina y Butilescopolamina							1,000
No	100,00	100,00	100,00	98,86	94,81	99,88	
Sí	0,00	0,00	0,00	1,14	0,12	5,19	

Tabla 3: Análisis bivariante por sexo.

En relación al perfil de estos pacientes, se encontraron diferencias significativas en la puntuación del test de Barthel entre hombres y mujeres, con un nivel de significación $\alpha = 0,05$. También existen diferencias significativas según el sexo en las variables antidepresivos y psicolépticos.

DISCUSIÓN

Debido al empleo de una captación oportunista, la muestra que se obtuvo no fue una representación de la población real, pudiendo producirse una infraestimación de la prevalencia de disfagia orofaríngea, lo cual supuso una limitación y un sesgo inherente a nuestro estudio del que se partió a la hora de analizar los datos obtenidos.

Los pacientes del estudio fueron pacientes mayores de 75 años con acceso directo a la consulta de enfermería de atención primaria. Los motivos de consulta fueron diversos: controles de salud, revisión del estado vacunal, control de tratamiento con anticoagulación oral, realización de trazados eléctricos, administración de inyectables, etc.

En general se trató de pacientes autónomos y con distintas enfermedades crónicas. La gran mayoría de pacientes no eran conscientes de presentar signos y/o síntomas de disfagia orofaríngea, no tenían un diagnóstico previo de la misma ni percibían la necesidad de acudir a los profesionales sanitarios.

de atención primaria en relación a esta problemática. Debido a esto, se destaca la importancia del empleo del test de cribado EAT-10, ya que permite detectar pacientes con riesgo de disfagia orofaríngea, llegando a un posterior diagnóstico o descarte mediante el test de confirmación MECV-V.

La incidencia de la disfagia orofaríngea en personas mayores difiere entre los estudios revisados. En los estudios revisados (8,9,20) se han detectado patologías asociadas a padecer disfagia como ACV, Alzheimer, demencia, Parkinson, neoplasias de cabeza y cuello. La mayoría de ellos están dirigidos por tanto a una población con un riesgo específico asociado a la disfagia (ancianos institucionalizados, deterioro cognitivo, etc.). Nuestro estudio va dirigido a la población general, en concreto a pacientes mayores de 75 años que acuden al centro de salud por cualquier motivo y que no presentaban inmovilidad, institucionalización o un factor de riesgo exclusivo.

Durante la realización del presente estudio se detectaron limitaciones dentro de los criterios de inclusión, ya que dejan fuera a una parte importante de la población, los pacientes inmovilizados mayores de 75 años, grupo donde se estima se encuentran la mayoría de los pacientes con disfagia orofaríngea de los cupos estudiados. También se han detectado limitaciones asociadas al tipo de captación, ya que la muestra obtenida no es una representación real de la población, produciéndose una infraestimación de la prevalencia de disfagia orofaríngea, como hemos reflejado previamente, sesgo inherente a nuestro estudio y del cual se ha partido a la hora de realizar el análisis de datos. Otra de las limitaciones detectadas ha sido la imposibilidad de obtener el total de la muestra en uno de los cupos de uno de los Centros de Salud urbanos, debido a tratarse de un cupo con una media poblacional joven (<75 años). A su vez ha supuesto una limitación importante la falta de disponibilidad de espacios en los centros de salud para la realización del test diagnóstico (MECV-V), lo cual imposibilita la realización de ambos tests (cribado y diagnóstico) en un mismo día, suponiendo una pérdida potencial de pacientes al ser precisa una segunda cita para completar el proceso. Por último, la búsqueda de causas de disfagia orofaríngea no forma parte de los objetivos del presente estudio, por tanto no se pueden establecer relaciones causales.

El análisis de las publicaciones consultadas apunta a que el abordaje inter y multidisciplinar de la disfagia orofaríngea reduce las complicaciones, la morbilidad y la mortalidad, el gasto sanitario y mejora la calidad de vida de los pacientes a nivel bio-psico-social. Por lo tanto, se debería trabajar para alcanzar una mejora en la coordinación de los profesionales del ámbito sanitario a todos los niveles con el fin de lograr un adecuado manejo conjunto de los pacientes entre atención primaria y atención hospitalaria. Sería interesante el desarrollo de vías rápidas de derivación y la formación adecuada de los profesionales de atención primaria mediante programas que los capaciten para la detección, cribado, diagnóstico, establecimiento de planes terapéuticos individualizados y educación sanitaria a pacientes, cuidadores y familias, potenciando sus conocimientos y autonomía. Esta educación podría realizarse de manera individual o mediante actividades de intervención comunitaria en los centros de salud como la educación grupal.

El personal de enfermería de atención primaria está cualificado para detectar y planificar acciones encaminadas a mitigar y/o resolver la problemática asociada a la disfagia orofaríngea. La principal ventaja de la consulta de enfermería de atención primaria es su inmediatez y posibilidad real de seguimiento, que facilita la continuidad asistencial.

La detección precoz permite limitar los riesgos asociados a la disfagia orofaríngea mediante el acceso a una rehabilitación deglutoria, intervenciones terapéuticas concretas y recomendaciones específicas. A su vez se destaca la importancia de realizar reevaluaciones periódicas, puesto que el deterioro de la deglución es un proceso dinámico y cambiante, no estático en el tiempo.

Es importante la realización y promoción de estudios más amplios sobre este tema afinando los criterios de selección de los mismos para poder tener muestras representativas de la población real.

CONCLUSIONES

Encontramos una baja prevalencia de disfagia, así como de sus factores de riesgo en los pacientes mayores que acudieron a nuestro centro de salud. Los pacientes no eran conscientes de presentar síntomas de disfagia, ni percibían la necesidad de acudir a profesionales de atención primaria ante estos síntomas.

Tanto el test EAT 10 como la prueba MECV-V son sencillas y factibles para ser realizadas en atención primaria.

Conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Financiación: El presente estudio no ha recibido ningún tipo de financiación por parte de organismos públicos, privados o entidades sin ánimo de lucro.

Contribución de los autores: Todos los autores cumplen criterios de autoría, contribuyendo sustancialmente en la concepción y diseño, adquisición de datos, análisis e interpretación de los mismos; redacción del artículo y aprobación de su publicación.

Agradecimientos: Equipo técnico del grupo I-Saúde: Macarena Chacón Docampo, Sara Rodríguez Pastoriza, Ana Clavería Fontán y David Liñares Mariñas. También a Sonia Alonso Clemente, Francisco Bueno Herrera, Lourdes Moure Daval y Beatriz Represas Oya.

BIBLIOGRAFÍA

- Logeman J. Fisiología y fisiopatología de la deglución. *Clínicas Otorrinolaringológicas de Norteamérica* 1998; 4:637-48.
- INE [Internet]. INE - Instituto Nacional de Estadística; [consultado el 26 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1488>
- Ferrero MI, García JF, Botella JJ, Vidal OJ. Detección de Disfagia en Mayores institucionalizados. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2012; 47(4):143-47
- Cabre M, Serra-Prat M, Palomera E, Almirall J, Pallares R, Clavé P. Prevalence and prognostic implications of dysphagia in elderly patients with pneumonia. *Age Ageing* 2010 Jan; 39(1):39-45.
- García-Peris, P., Zarzuelo, M. V., Gimeno, C. V., y Clavé, P. (2011). Disfagia en el anciano. *Nutrición hospitalaria: Órgano oficial de la Sociedad española de nutrición parenteral y enteral*, 4(3), 35-43.
- Clavé P, Verdaguer A, Arreola V. (2005); Oral-pharyngeal dysphagia in the ederly. *Med Clin (Barc.)* 124(19):742-8
- Clavé, P., Arreóla, V., Velasco, M., Quer, M., Castellvi, J. M. Almiral, J. (2007). Diagnóstico y tratamiento de la Disfagia orofaríngea funcional. Aspectos de interés para el cirujano digestivo. *Cir Esp*, 82, 62-76.
- Clavé P, García-Perris P. Fisiopatología de la Disfagia orofaríngea. Causas y epidemiología. Guía de diagnóstico y tratamiento nutricional y rehabilitador de la Disfagia orofaríngea. Barcelona: NESTLÉ Editorial Glosa; 2011.
- M.L. Sebastián, E. Palomeras, P. Clavé, R. Monteis, C. Fàbregas, A. Ciurana, R. Vila, P. Fossas. (2009). «La Disfagia en el Ictus Agudo: actuaciones de enfermería». *Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica*, 29.
- Barroso J. Disfagia Orofaríngea y broncoaspiración en el Servicio de medicina interna. *Hospital Txagorritxu Vitoria-Gasteiz Rev Esp Geriatr Gerontol* 2009; 44(2):22-8.
- Botella J, Trelis J, Ferrero López MI. Manejo de la Disfagia en el anciano institucionalizado: situación actual. *Nutrición Hospitalaria* 2002; XVII:168-74
- El canal audiovisual de ocio, cultura y servicio al ciudadano de la Comunidad de Madrid. Diagnosticar a tiempo la Disfagia orofaríngea evita la muerte al 15% de mayores de 65 años [vídeo]. Disponible en: <http://www.youtube.com/watch?v=6TZ6UdbQK38>
- Cabre M, Serra-Prat M, Palomera E, Almirall J, Pallares R, Clavé P. Prevalence and prognostic implications of dysphagia in elderly patients with pneumonia. *Age Ageing* 2010 Jan; 39(1):39-45
- Silveira LJ, Domingo V, Montero N, Osuna C, Álvarez L, Serra JL. Disfagia orofaríngea en ancianos ingresados en una Unidad de convalencia. *Nutrición Hospitalaria* 2011; 26(3):501-10.
- Guillén-Solá A, Martínez J, Boza R., Monleón S, Marco E. Cribaje de la Disfagia en el ictus: utilidad de los signos clínicos y el método de exploración clínica de volumen viscosidad en comparación la videofluoroscopia. *Rehabilitación (Madr)* 2011;45(4):292-300

15. Molina Navarro, D., Cantero Carrión, Y. & Delgado Moreno, M. (2017). Cuidados de enfermería para detección precoz y manejo de la Disfagia en la unidad de geriatría. Servicio Salud Castilla La Mancha.
16. Lendínez-Mesa, A, Fraile-Gomez, MP, García-García, E, Díaz-García, MC, Casero-Alcázar, M, Fernandez-Rodríguez, N, et al. Disfagia orofaríngea: prevalencia en las unidades de rehabilitación neurológica. Rev Cient Soc Esp Enferm Neurol. 2014;39(1):5-10.
17. de Luis Castro, A. (2020, enero). "Atención de enfermería en la Disfagia del paciente con ictus. (Trabajo fin de Grado). Universidad de Oviedo.
- 18 Burgos, R., Sarto, B., Segurola, H., Romagosa, A., Puiggrós, C., Vázquez, C., Cárdenas, G., Barcons, N., Araujo, K; Pérez-Portabella, C. (2012). Traducción y validación de la versión en español de la escala EAT-10 (Eating Assessment Tool-10) para el despistaje de la Disfagia. Nutrición hospitalaria, 27(6), 2048–2054. <https://doi.org/10.3305/nh.2012.27.6.6100>
19. Clavé P, Arreola V, Romea M, Medina L, Palomera E, Serra-Prat M. Accuracy of the volume-viscosity swallow test for clinical screening of oropharyngeal dysphagia and aspiration. Clin Nutr. 2008 Dec;27(6):806-15. doi: 10.1016/j.clnu.2008.06.011. Epub 2008 Sep 11. PMID: 18789561.
20. Jiménez Rojas C, Corregidor Sánchez AI, Gutiérrez Bezón C. Disfagia. En: International Marketing & Communication, S.A. (IM&C). Tratado de geriatría para residentes; 2006. p. 535-52
21. Ferrero MI, García JF, Botella JJ, Vidal OJ. Detección de Disfagia en Mayores institucionalizados. Rev Esp Geriatr Gerontol 2012; 47(4):143-47
22. Velasco M, Arreola V, Clavé P, Puiggrós C. Abordaje Clínico de la Disfagia orofaríngea: diagnóstico y tratamiento. Nutrición Clínica en Medicina 2007; 1(3):174-202.

PUNTOS CLAVE

Lo conocido sobre el tema:

- *El envejecimiento acarrea trastornos como la disfagia orofaríngea.*
- *Hay un infradiagnóstico de la disfagia orofaríngea.*
- *La disfagia orofaríngea se asocia con mayor morbimortalidad, discapacidad y estancias hospitalarias más largas.*

Qué aporta el estudio:

- *Permite estimar la prevalencia de disfagia orofaríngea de la población estudiada.*
- *La inmediatez de la consulta de enfermería de atención primaria facilita la continuidad asistencial.*
- *La detección precoz permite limitar los riesgos asociados a la disfagia orofaríngea mediante el acceso a una rehabilitación deglutoria, intervenciones terapéuticas concretas y recomendaciones específicas.*