

## ORIGINAL

### **Prevalencia y factores de riesgo asociados a disfagia en la población anciana con deterioro cognitivo atendida en una unidad de psicogeriatría**

#### **Autores**

Eva Martínez- Suárez<sup>1</sup>, M<sup>a</sup> Carmen Espinosa-Val<sup>2</sup>, Josep Martos Gutiérrez<sup>1</sup>, Mateu Serra Prat<sup>1</sup>, Ramón Cristófol Allue<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Hospital de Mataró, Consorci Sanitari del Maresme, Mataró (Barcelona), <sup>2</sup> Hospital San Juan de Dios (Zaragoza).

#### **Autors per correspondència:**

Eva Martínez- Suárez

Hospital de Mataró  
Consorci Sanitari del Maresme  
Carretera de Cirera s/n  
08304 Mataró (Barcelona)

Tel. 93 741 77 00

Original



## ORIGINAL

### **Prevalencia y factores de riesgo asociados a disfagia en la población anciana con deterioro cognitivo atendida en una unidad de psicogeriatría**

Eva Martínez- Suárez<sup>1</sup>, M<sup>a</sup> Carmen Espinosa-Val<sup>2</sup>, Josep Martos Gutiérrez<sup>1</sup> Mateu Serra Prat<sup>1</sup>, Ramón Cristófol Allue<sup>1</sup>.

#### **RESUMEN**

La disfagia es un problema prevalente en población envejecida. Influye sobre el estado nutricional, la capacidad funcional, el estado de ánimo y la interacción social. Además está asociada con una mayor morbimortalidad.

Se ha realizado un estudio observacional transversal de 182 pacientes que acudieron a consultas externas de psicogeriatría, con recogida retrospectiva de los datos. Se ha valorado la prevalencia de disfagia en esta población con deterioro cognitivo mediante el cuestionario EAT-10 y el test clínico del método del volumen-viscosidad. De los pacientes incluidos más del 40% (41,3%) presentaban disfagia orofaríngea.

La presencia de disfagia se asoció de manera significativa con un mayor deterioro en la capacidad funcional (índice de Barthel), en la función cognitiva (MEC) y con un estadio evolutivo de la demencia (GDS) más avanzado. Es importante una detección y tratamiento precoz de la disfagia para garantizar un abordaje integral a través de un equipo multidisciplinar.

#### **RESUM**

La disfàgia és un problema prevalent en població envellida. Influeix sobre l'estat nutricional, la capacitat funcional, l'estat d'ànim i la interacció social. A més està associada amb una major morbimortalitat.

S'ha realitzat un estudi observacional transversal de 182 pacients que van acudir a consultes externes de psicogeriatría, amb recollida retrospectiva de les dades. S'ha avaluat la prevalença de disfàgia en aquesta població amb deteriorament cognitiu mitjançant el qüestionari EAT-10 i el test clínic del mètode del volum-viscositat. Dels pacients inclosos més del 40% (41,3%) presentaven disfàgia orofaríngea.

La presència de disfàgia es va associar de manera significativa amb un deteriorament major en la capacitat funcional (índex de Barthel), en la funció cognitiva (MEC) i amb un estat evolutiu de la demència (GDS) més avançat. És important una detecció i tractament precoç de la disfàgia per garantir un abordatge integral a través d'un equip multidisciplinar.

#### **ABSTRACT**

Dysphagia is a prevalent problem in the aging population. It influences nutritional status, functional capacity, mood and social interaction. It is also associated with increased morbidity and mortality.

A cross-sectional observational study of 182 patients who were attended to an outpatient psychogeriatric clinics with retrospective data collection was performed.

The prevalence of dysphagia in this population with cognitive impairment has been assessed using the EAT-10 questionnaire and the clinical test of the volume-viscosity method.

Of the patients included in the study, more than 40% (41.3%) had oropharyngeal dysphagia. The presence of dysphagia was significantly associated with a greater deterioration in functional capacity (Barthel index), cognitive function (MEC) and with a more advanced stage of dementia (GDS).

Early detection and treatment of dysphagia is important to ensure a comprehensive approach through a multidisciplinary team.

## ORIGINAL

### **Prevalencia y factores de riesgo asociados a disfagia en la población anciana con deterioro cognitivo atendida en una unidad de psicogeriatría**

Eva Martínez- Suárez<sup>1</sup>, M<sup>a</sup> Carmen Espinosa-Val<sup>2</sup>, Josep Martos Gutiérrez<sup>1</sup>, Mateu Serra Prat<sup>1</sup>, Ramón Cristófol Allue<sup>1</sup>.

#### **Introducción**

La disfagia es un trastorno de la deglución caracterizado por la dificultad de progresión del bolo alimentario desde la boca hasta estómago. Puede deberse a causas estructurales o funcionales desde un punto de vista fisiopatológico, y a disfunciones orofaríngeas o esofágicas, desde un punto de vista anatómico <sup>(1)</sup>. La elevada prevalencia de disfagia entre pacientes mayores de 65 años, se sitúa alrededor del 23% en ancianos de la comunidad y entre el 35 y 55% en ancianos hospitalizados <sup>(2)</sup>, asimismo sus potenciales consecuencias tanto nutricionales como respiratorias hacen que ésta se considere un problema importante en geriatría. La disfagia influye a su vez sobre el estado nutricional y la capacidad funcional de los pacientes que la padecen. Además está asociada con una mayor mortalidad <sup>(3)</sup>.

Se sospecha que la disfagia orofaríngea es un problema infradiagnosticado y subestimado hoy en día que puede conducir a múltiples complicaciones nutricionales, infecciosas y psicológicas. La severidad de la disfagia oscila desde pequeños problemas en la deglución (degluciones fraccionadas, carraspera) hasta la total imposibilidad de deglutir.

Las complicaciones de mayor trascendencia clínica relacionadas con la disfagia son la malnutrición y la deshidratación (por problemas de eficacia) y el atragantamiento con broncoaspiración (por disminución de la seguridad). A su vez, la disfagia parece estar relacionada con el deterioro funcional. En este sentido, se ha considerado que la disfagia puede ser uno de los factores que perpetúan la situación de fragilidad en pacientes ancianos.

Por otra parte, los pacientes con disfagia presentan un mayor riesgo de padecer ansiedad o depresión, incluso hasta en un 40% de casos, se han observado crisis de pánico o ansiedad durante las comidas <sup>(2)</sup>. El atragantamiento con aspiración traqueo-bronquial, causado por una disminución de la seguridad de la deglución, puede llegar a ser causa de neumonía por aspiración en casi el 50% de los casos y se acompaña de una elevada mortalidad asociada (50%) <sup>(4)</sup>. El diagnóstico temprano y la intervención para

minimizar el riesgo de disfagia orofaríngea se considera esencial para el manejo de la disfagia <sup>(5-7)</sup>. La utilización de programas de detección como la prueba de cribaje Eating Assessment Tool (EAT-10) y de pruebas diagnósticas como el test volumen-viscosidad y la videofluoroscopia <sup>(8,9)</sup>, permitirían intervenir precozmente tratando de evitar o minimizar la aparición de desnutrición y deshidratación. Con ello se podrían llegar a conseguir una reducción de la morbimortalidad al disminuir el número de broncoaspiraciones y de infecciones respiratorias secundarias <sup>(10-12)</sup>.

En el presente trabajo, se plantean como objetivos en primer lugar, conocer la prevalencia y los factores de riesgo asociados a la presencia de disfagia en pacientes ancianos que acudían a las consultas externas de psicogeriatría. Como objetivo secundario, se plantea también estimar la prevalencia de infradiagnóstico de disfagia en la población de estudio.

#### **Material y métodos**

Se trata de un estudio observacional transversal con recogida retrospectiva de los datos a partir de historia clínica informatizada. Los criterios de inclusión fueron pacientes que acudieron a las consultas externas de psicogeriatría en el periodo comprendido entre el 1 de enero y el 1 de julio de 2015. Los criterios de exclusión fueron paciente con demencia muy evolucionada (incapaz de colaborar en las pruebas de disfagia) y aquellos pacientes en fase terminal.

El cribaje y diagnóstico de la disfagia orofaríngea se realizó mediante la escala EAT-10, que consiste en un cuestionario auto o heteroadministrado de 10 preguntas. Cada pregunta tiene una puntuación de 0 a 4, en relación a la disfagia (0: ningún problema; 4: la disfagia es un problema serio). Posteriormente se realizó el test volumen-viscosidad utilizando bolos de tres volúmenes (5, 10 y 20ml) y tres viscosidades diferentes (líquida, néctar y pudding) tratando de detectar signos clínicos que indiquen alteración en la eficacia o en la seguridad de la deglución <sup>(6,8,9)</sup>.



## ORIGINAL

### Prevalencia y factores de riesgo asociados a disfagia en la población anciana con deterioro cognitivo atendida en una unidad de psicogeriatría

Eva Martínez- Suárez<sup>1</sup>, M<sup>a</sup> Carmen Espinosa-Val<sup>2</sup>, Josep Martos Gutiérrez<sup>1</sup> Mateu Serra Prat<sup>1</sup>, Ramón Cristófol Allue<sup>1</sup>.

Para completar el estudio, en algunos pacientes se realizó una prueba de imagen denominada videofluoroscopia.

Asimismo, se recogió información de la historia clínica relacionada con los posibles factores de riesgo de disfagia y también sobre el uso de psicofármacos. Se registró también información sobre el grado de severidad de la demencia (Global Deterioration Scale de Reisberg) (GDS), así como el resto de parámetros habituales en la valoración geriátrica: capacidad funcional (índice de Barthel), función cognitiva (Mini-Examen Cognoscitivo) (MEC) y comorbilidad (índice de Charlson). Finalmente se recogió también información relacionada con los cuidadores sobre el conocimiento de la disfagia como problema por parte de la familia.

#### Resultados

Durante el periodo de estudio, en las consultas externas de psicogeriatría fueron atendidos 182 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión. El 67% de los cuales eran mujeres. En cuanto a quién aportaba los cuidados se trataba de los hijos en un 44% de los casos, el o la cónyuge en un 24,7% y se encontraban institucionalizados un 26,9% de los pacientes. En cuanto a si la familia estaba familiarizada con el término disfagia, el 62,3% de los familiares desconocían dicho término.

La demencia más frecuente en los pacientes que acudieron a la consulta fue la enfermedad de Alzheimer en un 58,2%, seguida de la demencia de tipo mixto en un 16,5%. Los pacientes que eran dependientes para la ingesta, en el 91,7% de los casos presentaban disfagia. En la tabla 1 se muestra la relación entre la presencia de disfagia y posibles factores asociados y en la tabla 2, la relación entre el estadio evolutivo de la demencia (GDS) y la disfagia.

En esta última puede observarse que en estadios más avanzados de la demencia (GDS 4-5 y 6-7), la prevalencia de disfagia es significativamente más elevada que en estadios iniciales (GDS 1-3). En la tabla 3, se muestra el uso de psicofármacos habituales en pacientes que acuden a las consultas de psicogeriatría por trastornos mentales o por síntomas conductuales

(secundarios a una demencia) y su relación con la disfagia orofaríngea.

Cuando se analizan las escalas de valoración utilizadas habitualmente en geriatría, se aprecia que los pacientes con disfagia tienen peor capacidad funcional (menor valor medio en el índice de Barthel) y peor función cognitiva (valores inferiores en el Mini-examen cognoscitivo) (tabla 4).

El diagnóstico de disfagia se realizó mediante método de exploración volumen-viscosidad en un 90,5% de los casos, dejándose relegado el uso de videofluoroscopia a solamente un 5,3%. El tipo de exploración que se determina mediante el método de exploración volumen-viscosidad muestra una alteración de tipo mixto en un 71,3% de los pacientes, alteraciones de la eficacia en un 20,2% y alteraciones de la seguridad en un 8,5%. De todos los pacientes con disfagia seguían las recomendaciones dietéticas un 69,1% de los pacientes. Respecto al uso de psicofármacos, su uso es extendido entre la población de la consulta de psicogeriatría, llegando a utilizar hasta en un 96,4% de los pacientes.

#### Discusión

El deterioro cognitivo secundario a enfermedades neurodegenerativas o a enfermedades vasculares, las arritmias cardíacas tipo fibrilación auricular, la insuficiencia cardíaca, la enfermedad renal crónica presentan un mayor porcentaje de disfagia aunque sin alcanzar significación estadística en el presente estudio. Los pacientes con disfagia presentan un índice de Barthel más bajo, lo cual implica a nivel funcional, un grado de autonomía más bajo, una Escala de Deterioro Global (GDS) de demencia más elevada, indicando deterioros cognitivos y demencia de carácter más evolucionado. Un mayor uso de psicofármacos se ve asociado con mayor porcentaje de disfagia. Los pacientes envejecidos que acuden a consultas de psicogeriatría llevan en su mayoría psicofármacos para control de alteraciones conductuales siendo su administración causa y consecuencia de disfagia.

La disfagia puede pasar clínicamente desapercibida y ponerse de manifiesto en determinadas circunstancias

## ORIGINAL

### Prevalencia y factores de riesgo asociados a disfagia en la población anciana con deterioro cognitivo atendida en una unidad de psicogeriatría

Eva Martínez- Suárez<sup>1</sup>, M<sup>a</sup> Carmen Espinosa-Val<sup>2</sup>, Josep Martos Gutiérrez<sup>1</sup>, Mateu Serra Prat<sup>1</sup>, Ramón Cristófol Allue<sup>1</sup>.

de estrés para el paciente, haciéndose mas evidente con la aparición de complicaciones (neumonía por aspiración, etc..). La prevalencia de disfagia hallada en el presente trabajo (41,3%), es similar a la hallada por otros autores y esta puede variar entre 15-23% en ancianos en la comunidad hasta 65-75% en ancianos institucionalizados. Estas diferencias se deben a los diferentes perfiles de ancianos que se hayan estudiado y los diferentes métodos de diagnóstico que se hayan utilizado <sup>(1)</sup>.

Otros autores han hallado frecuencias mucho mayores, como puede ser en el caso de pacientes ancianos con enfermedad de Alzheimer avanzada, en la que la prevalencia de disfagia puede llegar a ser del 84% <sup>(13)</sup>.

Tal como se ha comentado anteriormente y se ha mostrado en el apartado de resultados (tabla 4), en el presente estudio se ha encontrado una relación estadísticamente significativa entre el deterioro de las capacidad funcional y la presencia de disfagia. Esta relación también ha sido hallada por otros autores, así Miura H et al <sup>(14)</sup>, hallaron resultados similares en ancianos de la comunidad, utilizando también el índice de Barthel como valoración funcional. Esta asociación puede explicarse por la estrecha relación existente entre la disfagia y la presencia de fragilidad, discapacidad y otros síndromes geriátricos (desnutrición, confusión y demencia). Recientemente estas consideraciones han llevado a diversos autores a considerar la disfagia como un síndrome geriátrico mas <sup>(1,13)</sup>.

Algunos autores han sugerido que los fármacos antipsicóticos a través de sus efectos extrapiramidales, o bien por la aparición de discinesias, podrían ser causa de disfagia orofaríngea <sup>(15)</sup>. En el presente estudio, se ha visto que la ingesta de psicofármacos ha sido mas elevada en el grupo de ancianos con disfagia, en relación a los restantes, sin embargo estas diferencias no llegaron a alcanzar significación estadística. Es probable que esta mayor proporción de uso de psicofármacos en ancianos con disfagia este mas en relación con la severidad de la demencia.

Se ha visto que los familiares no reconocen el término disfagia y no lo asocian a dificultades para la deglución. Es importante instruir a los familiares

y al propio paciente para que puedan informar en la consulta de problemas a la hora de comer o de tomar medicación. Esto promovería una mayor sensibilización de pacientes y familiares en uno de los síndromes geriátricos más infradiagnosticados y una participación activa en la toma de decisiones <sup>(1)</sup>.

Este grupo de trabajo considera que es fundamental realizar un abordaje precoz de la disfagia a través de un equipo multidisciplinar que realice una valoración integral del paciente, para realizar un diagnóstico precoz y correcto que permita adaptar la dieta y así minimizar y retrasar la aparición de complicaciones como infecciones broncoaspirativas o malnutrición que aumentan la morbimortalidad de nuestros pacientes <sup>(1,12)</sup>.

### Bibliografía

- 1-Clave P. Disfagia orofaríngea en el anciano. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2012;47:139-140
- 2-Ekberg O, Handy S, Woisad V. et al Social and psychological burden of dysphagia: its impact on diagnosis and treatment. Dysphagia 2002;17: 139-46
- 3-Sharma J C, Fletcher M, Vasallo I, et al. What influences outcome of stroke-pyrexia or dysphagia? Int J Clin Pract 2001; 55: 17-20.
- 4-Galán Sánchez-Heredero M J et al. Malnutrición asociada a disfagia orofaríngea en pacientes mayores de 65 años ingresados en una unidad médico-quirúrgica. Enferm Clin 2014; 24(3):183-190
- 5-Kertscher B. et al. Prevalence of Oropharyngeal Dysphagia in the Netherlands: A Telephone Survey. Dysphagia 2015; 30: 114-120
- 6-Clave P, Arreola V, Romea M, Medina L, Palomera E, Serra-Prat M. Accuracy of the volumen-viscosity swallow test for clinical screening of oropharyngeal dysphagia and aspiration. Clín Nutri. 2008; 27: 806-15
- 7-Kertscher B. et al. Prevalence of Oropharyngeal Dysphagia in the Netherlands: A Telephone Survey. Dysphagia 2015; 30: 114-120
- 8-Rofes L, Arreola V, Clavé P. Sensitivity and specificity of the eating assessment tool and the volumen-viscosity swallow test for clinical evaluation of oropharyngeal dysphagia. Neurogastroenterol Motil. 2014; 26: 1256-65
- 9-Clave P, Arreola V, Velasco M, Quer M, Castellvi JM, Almirall J et al Diagnóstico y tratamiento de la disfagia orofaríngea funcional. Aspectos de interés para el cirujano digestivo. Cir Esp 2007; 82:



## ORIGINAL

### **Prevalencia y factores de riesgo asociados a disfagia en la población anciana con deterioro cognitivo atendida en una unidad de psicogeriatría**

Eva Martínez- Suárez<sup>1</sup>, M<sup>a</sup> Carmen Espinosa-Val<sup>2</sup>, Josep Martos Gutiérrez<sup>1</sup> Mateu Serra Prat<sup>1</sup>, Ramón Cristófol Allue<sup>1</sup>.

62-76

10-Burgos R, Sarto B, Elio I, Planas M, Forga M, Cantón A, et al. Prevalence of malnutrition and its etiological factors in hospitals. *Nutr Hosp* 2012; 27: 469-476

11-Argente M, Garcia K, León B, et al. Prevalencia de desnutrición en una unidad de media y larga estancia hospitalaria. *Nutr Hosp* 2015; 31: 900-907

12-Kaspar K, Ekberg O. Identifying Vulnerable Patients: Role of the EAT-10 and the Multidisciplinary Team for Early Intervention and Comprehensive Dysphagia Care. *Nestle Nutri Inst Workshop Ser*, vol 72, pp 19-31

13-Horner J, Alberts M, Dawson D, Cook G. Swallowing in Alzheimer's disease. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 1994;8: 1-13

14-Miura H, Kariyasu M, Yamasaki K, Arai Y. Evaluation of chewing and swallowing disorders among frail community-dwelling elderly individuals. *J Oral Rehabil* 2007; 34: 422-7.

15-Sokoloff LG, Pavlakovic R. Neuroleptic induced dysphagia 1997; 12: 177-9.

## ORIGINAL 3

### Prevalencia y factores de riesgo asociados a disfagia en la población anciana con deterioro cognitivo atendida en una unidad de psicogeriatría

Eva Martínez- Suárez<sup>1</sup>, M<sup>a</sup> Carmen Espinosa-Val<sup>2</sup>, Josep Martos Gutiérrez<sup>1</sup> Mateu Serra Prat<sup>1</sup>, Ramón Cristófol Allue<sup>1</sup>.

Tabla 1: Relación entre posibles factores de riesgo y la presencia de disfagia

	Disfagia orofaríngea		
	SI (%)	NO (%)	P
Sexo (mujer)	64,9	71,7	0.384
Ictus	4,5	1,9	0.665
Fibrilación auricular	15,3	7,5	0.215
Hipertensión arterial	60,4	52,8	0.361
Parkinson	6,3	0,0	-
Diabetes Mellitus	24,5	26,1	0.826
Insuficiencia cardíaca	14,4	11,3	0.587
EPOC *	5,4	9,4	0.335
IRC **	9,9	7,5	0.776

\*Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, \*\*Insuficiencia renal crónica

Tabla 2 : Relación entre la presencia de disfagia y el estadio evolutivo de la demencia

	Disfagia orofaríngea		
	SI (%)	NO (%)	P
GDS* 1-3	2,7	17,0	0,005
GDS* 4-5	53,6	45,3	
GDS* 6-7	43,6	37,7	

GDS (*Global Deterioratio Scale* de Reisberg)



Tabla 3 : Uso de psicofármacos y disfagia orofaríngea

	Disfagia orofaríngea		
	SI (%)	NO (%)	P
Benzodiacepinas	14,4	9,4	0,383
Antipsicóticos	50,5	43,4	0,398
Antidepresivos	67,6	54,7	0,110
Antiepilépticos	23,4	20,8	0,702
IACEs*/Memantina	50,5	49,1	0,867
Otros (clometiazol)	55,0	32,1	0,006

\*Inhibidores de la acetilcolinesterasa

Tabla 4 : Escalas de valoración geriátrica y disfagia orofaríngea

	Disfagia orofaríngea	N	Media	DE *	P
Edad	NO	53	83,2	5	0,731
	SI	111	83,5	5,7	
Índice de Barthel	NO	53	70,0	23,7	0,001
	SI	111	50,7	24,5	
MEC (Mini examen cognoscitivo)	NO	52	17,5	7,2	0,044
	SI	106	14,7	8,4	
Índice de Charlson	NO	53	1,62	1,2	0,498
	SI	111	1,69	1,0	

\*DE= Desviación Estandar





SOCIETAT CATALANA DE  
GERIATRIA I GERONTOLOGIA

**Seu**

Major de Can Caralleu, 1-7  
08017 BARCELONA  
[info@scgig.cat](mailto:info@scgig.cat)

[www.scgig.cat](http://www.scgig.cat)