



FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE FONOAUDIOLOGÍA

**GUÍA DE EVALUACIÓN PARA LA DETECCIÓN PRECOZ DE LA
DISFAGIA EN PACIENTES CON DEMENCIA PARA SER
UTILIZADA POR SUS CUIDADORES**

Seminario de Investigación para Optar al Grado de Licenciado en
Fonoaudiología

Profesor Guía – Autor

Patricio Meza Astorga

Alumnos Tesistas -Coautores

Beatriz Honores Barraza

Constanza Osandón Castillo

Catalina Sáez Tapia

Jessica Soto Olivares

SAN FELIPE - CHILE, 2020

ÍNDICE

RESUMEN	6
INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
1.1. Fundamentación del problema de investigación	10
1.2. Formulación de la pregunta de investigación	11
1.3. Formulación de Objetivos	11
1.3.1. Objetivo General	11
1.3.2. Objetivos Específicos	11
1.4. Viabilidad	12
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	13
1. Demencia y Envejecimiento	13
1.1. Epidemiología de la demencia en Chile	13
1.2. Envejecimiento, Fragilidad y Sarcopenia	13
1.2.1. Sarcopenia y Disfagia Sarcopénica	14
1.3. Proceso deglutorio en el envejecimiento	15
1.3.1. Disfagia en adulto mayor	16
1.4. Disfagia en demencia	16
1.4.1. Tipos de disfagia frecuentes en pacientes con demencia	18
1.5. Consecuencias de la disfagia	19
1.6. Métodos alternativos de alimentación en disfagia	20
1.6.1. Uso de sonda nasogástrica en la disfagia	20
1.6.2. Gastrostomía	21
1.7. Efectos adversos de los métodos alternativos de alimentación en disfagia	21
2. Métodos y técnicas de evaluación de la disfagia	22
2.1. Métodos objetivos de evaluación de la disfagia	22
2.1.1. Videofluoroscopia (gold standard)	22

2.1.2. Evaluación fibroscópica de la deglución (FEES)	23
2.1.3. Manometría faringoesofágica	24
2.1.4. Electromiografía	24
2.1.5. Ultrasonido	24
2.2. Métodos subjetivos de evaluación de la disfagia	25
2.2.1. Método de exploración clínica volumen-viscosidad (MECV-V)	25
2.2.2. Gugging Swallowing Screen (GUSS)	27
2.2.3. Test del agua	27
2.3. Escala Aversive Feeding behavior inventory de BLANDFORD	27
2.4. Detección precoz de la disfagia en demencia	28
2.5. Rol del fonoaudiólogo en la evaluación y tratamiento de la disfagia en pacientes con demencia	28
CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO	31
3.1. Tipo de estudio	31
3.1.1. Enfoque de investigación	31
3.1.2. Alcance de la investigación	31
3.1.3. Diseño de la investigación	31
3.2. Muestra de expertos	32
3.2.1. Tipo y diseño de muestreo	32
3.2.2. Tamaño de la muestra	32
3.2.3. Unidades de información	32
3.2.4. Criterios de selección de la(s) muestra (s)	33
3.3. Instrumento de recolección de información	33
3.4. Herramientas	34
3.5. Procedimiento	35
3.6. Materiales	36
CAPÍTULO IV. RESULTADOS	37

CAPÍTULO V. DISCUSIÓN	58
CAPÍTULO VI. CONCLUSIÓN	63
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65
ANEXOS	73

AGRADECIMIENTOS

Queremos dar las gracias a todas las personas que nos apoyaron y fueron partícipes en este proyecto de tesis, le agradecemos a nuestro profesor guía Patricio Meza Astorga, por ayudarnos en cada paso que dimos, además de acompañarnos y guiarnos en todo.

También queremos agradecerle a nuestro profesor de metodología Jorge García y nuestra profesora de redacción Jacqueline Elías, quienes fueron un gran apoyo en nuestras asesorías, compartiendo todo su conocimiento y dándonos todo su tiempo para poder ayudarnos.

¡Muchas Gracias!

DEDICATORIAS

Este proyecto de tesis está principalmente dedicado a nuestras familias y los más cercanos que nos apoyaron durante todo este largo proceso que se hizo aún más difícil por el contexto de pandemia de Covid-19 en el cual nos encontramos, cada día nos brindaron su energía, apoyo, palabras de aliento, alegría cuando más lo necesitamos, en los momentos más difíciles que estuvieron colmados de estrés y cansancio.

Muchas gracias por toda la energía y fuerza que nos entregaron durante todo este largo proceso, que estuvo lleno de obstáculos y dificultades. Nos ayudaron a alcanzar todas nuestras metas y anhelos que nos propusimos.

Y finalmente, nuestro propio agradecimiento como equipo de trabajo, ya que fuimos capaces de sobrellevar los obstáculos presentados, principalmente las dificultades en la señal de wifi, a pesar de ello logramos concluir con éxito nuestra tesis.

RESUMEN

La demencia es una patología neurodegenerativa que afecta principalmente a la población de adultos mayores, estimándose que en nuestro país alrededor del 1% padecería algún tipo de esta patología (Plan Nacional de Demencia, 2017). Tanto el envejecimiento como la demencia traen consigo diferentes trastornos asociados, como la pérdida gradual y generalizada de la masa, la fuerza y la funcionalidad muscular, afectando diversos procesos y acciones motoras, entre los cuales se encuentra el proceso deglutorio.

Una de las dificultades que se presenta en esta patología es la disfagia que afecta principalmente a la etapa orofaríngea. En el caso de los pacientes con demencia es progresiva y se relaciona con el cuadro neurodegenerativo. Por las razones anteriormente mencionadas, el objetivo de esta investigación fue elaborar una Guía de evaluación para la detección precoz de la disfagia en pacientes con demencia para ser utilizada por sus cuidadores. Esta se llevó a cabo por medio de la información extraída de la literatura en conjunto con las entrevistas realizadas a fonoaudiólogos y nutricionistas con experticia en las áreas de deglución y demencia.

La metodología utilizada para recabar información fue realizada mediante una entrevista semiestructurada y autoadministrada a profesionales por medio de Google Forms. En cuanto a los resultados obtenidos, se encontraron signos y síntomas que se presentan con mayor frecuencia en pacientes con disfagia y demencia, los que fueron incluidos en la guía de evaluación que será utilizada por el cuidador.

Palabras claves: Disfagia, Demencia, Cuidador.

ABSTRACT

Dementia is a neurodegenerative pathology that mainly affects the elderly population, it is estimated that in Chile around 1% would suffer from some type of this pathology (Plan Nacional de Dementia, 2017). Both aging and dementia bring with them different associated disorders, such as the gradual and generalized loss of muscle mass, strength, and functionality, affecting various motor processes and actions, among which is the swallowing process.

One of the difficulties that occurs in this pathology is dysphagia that mainly affects the oropharyngeal stage. In the case of patients with dementia, it is progressive and is related to the neurodegenerative picture. For the reasons mentioned above, the objective of this research was to develop an Assessment Guide for the early detection of dysphagia in patients with dementia to be used by their caregivers. This was carried out through information extracted from the literature in conjunction with interviews with speech therapists and nutritionists with expertise in the areas of swallowing and dementia.

The methodology used to collect information was carried out through a semi-structured and self-administered interview with professionals through Google forms. Regarding the results obtained, signs and symptoms that occur more frequently in patients with dysphagia and dementia were found, which were included in the evaluation guide that will be used by the caregiver.

Keywords: Dysphagia, Dementia, Caregiver.

INTRODUCCIÓN

En el adulto mayor con demencia es muy relevante abordar la disfagia por todos los cambios neurodegenerativos que se van produciendo paulatinamente a medida que la enfermedad avanza. A partir de lo anterior, es indispensable crear un instrumento para la detección precoz de la disfagia en pacientes que padecen demencia. A través de la creación de una guía de detección precoz de la disfagia en pacientes con demencia, se permite a los cuidadores de estos usuarios detectar la presencia de signos, síntomas o cualquier otro indicio relacionado con la disfagia. Debido a esto, se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Qué signos de disfagia debe incluir una guía de evaluación para la detección precoz de la disfagia en pacientes con demencia para ser utilizada por sus cuidadores?

De acuerdo con la pregunta de investigación este trabajo se llevó a cabo de la siguiente manera. En el primer capítulo, planteamiento del problema, se plantean los diferentes objetivos de la presente investigación, la que comienza con la búsqueda de información bibliográfica descrita en el capítulo de marco teórico, con la finalidad de recolectar la información necesaria para la creación de la guía de la detección precoz de la disfagia en pacientes con demencia y que esta pueda ser utilizada por sus cuidadores. Por consiguiente, se elaboró el instrumento mediante el cual se realizó la recolección de información, el cual corresponde a una entrevista semiestructurada y autoadministrada que se basa en 20 preguntas concretas, que fue aplicada a los profesionales fonoaudiólogos y nutricionistas para la creación de la guía de evaluación

En el tercer capítulo se encuentra el marco metodológico que describe el tipo de estudio, el enfoque, alcance y el diseño realizado. También se señala la población analizada, la muestra, la operación de las variables, los instrumentos y técnicas de obtención de la información, como los procedimientos y materiales utilizados. Por otro lado, en el capítulo de resultados se describen los hallazgos más relevantes obtenidos en la presente investigación, los que posteriormente son analizados y contrastados con la información bibliográfica lo que finalmente generó una discusión. Sumado a lo anterior, se elaboró una conclusión con el fin de explicitar los aspectos más relevantes, las proyecciones del estudio y sus limitaciones.

Para finalizar, cabe destacar que el presente seminario hace un importante aporte para el área de salud, debido a que la guía de evaluación precoz de la disfagia es un instrumento que permite prevenir a tiempo los signos de aspiración y penetración de alimentos a la vía aérea, y de esta manera, se pueden evitar enfermedades respiratorias y sus consecuencias. Por lo tanto, su aplicación podría ser de utilidad como línea de investigación para futuras investigaciones.

CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Fundamentación del problema de investigación

La demencia provoca pérdidas progresivas en las funciones cognitivas, limitando la realización de actividades en la vida diaria del sujeto. Son muchos los síntomas que se asocian a las demencias, entre ellas la disfagia. La disfagia es considerada un síndrome geriátrico subdiagnosticado en adultos mayores de edad avanzada (Awano, et al., 2012). Según Ekberg (2012) el aumento de la prevalencia de alteraciones de la deglución está relacionado con el proceso de envejecimiento, debido a modificaciones estructurales de los órganos fonoarticulatorios y la pérdida de sensibilidad de receptores químicos para el olfato y gusto. Esta situación que se presenta en adultos mayores es más relevante en aquellas personas que padecen enfermedades neurodegenerativas, como es el caso de la demencia (Campos, Guajardo, Navarrete y Oteiza, 2012). Además de las alteraciones mencionadas anteriormente, la demencia produce una disminución progresiva en el plano cognitivo y en su capacidad funcional. Esto involucra a una o a todas las fases del proceso deglutorio, afectando la nutrición e hidratación con el riesgo de sufrir neumonitis por aspiración (Chía-Chi y Roberts, 2011). Por lo tanto, la identificación precoz y el manejo adecuado de la disfagia cobran especial relevancia (Cazalilla, 2014).

De acuerdo con la experiencia clínica, la demencia y la disfagia, al ser de curso progresivo en algún momento del envejecimiento, el cuidador se sitúa en la problemática de tener un paciente a su cuidado con signos y síntomas de malnutrición, deshidratación y con riesgo de presentar neumonitis por aspiración. Es por esto, que la detección precoz y oportuna permite el manejo adecuado de la disfagia, lo que es de vital importancia en el cuidado del adulto mayor con demencia.

En el trabajo en hospitales y en la práctica clínica es frecuente observar que, al menor signo de penetraciones laríngeas, sea instalada la sonda nasogástrica, diagnosticando al usuario con disfagia. Por lo tanto, al tener un diagnóstico de demencia, independiente del grado, el paciente pierde la posibilidad de alimentarse y nutrirse en forma natural generando estrés tanto para él como para su cuidador.

Además, el retiro de sondas nasogástricas después de una evaluación de la disfagia permite realizar modificaciones en la consistencia de alimentos, empleando técnicas facilitadoras y/o compensatorias de deglución que son informadas y aprendidas por el cuidador. Por esta razón es muy importante que el cuidador cuente con un instrumento como la “Guía de evaluación para la detección precoz de la disfagia para cuidadores de pacientes con demencia” que le permita la detección temprana y evitar el riesgo de disfagia, consultando con el especialista para realizar las modificaciones pertinentes, tanto en la consistencia del alimento como las estrategias a utilizar antes de indicar el uso de sonda nasogástrica, mejorando la calidad de vida del paciente y su cuidador.

Actualmente en Chile en el ámbito fonoaudiológico, no existen hasta ahora guías de evaluación para la detección precoz de la disfagia para los cuidadores de pacientes con demencia. Por lo tanto, se desconoce el riesgo de disfagia que pueden presentar los pacientes, por lo que es necesario la elaboración de un instrumento de evaluación que permita detectar precozmente e informar de manera oportuna al especialista, para que realice el análisis de las modificaciones que se puedan emplear en la mejora de la deglución del paciente.

1.2 Pregunta de investigación

¿Qué signos de disfagia debe incluir una guía de evaluación para la detección precoz de la disfagia en pacientes con demencia para ser utilizada por sus cuidadores?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo General:

- Crear una guía de evaluación para la detección precoz de la disfagia en pacientes con demencia para ser utilizada por sus cuidadores.

1.3.2 Objetivos específicos:

- Establecer los parámetros de la guía de evaluación para la detección precoz de la disfagia en pacientes con demencia para ser utilizada por sus cuidadores.
- Establecer los ítems de la guía de evaluación para la detección precoz de la disfagia en pacientes con demencia para ser utilizada por sus cuidadores

1.4 Viabilidad

La investigación fue viable ya que se consideró la utilización de referencias bibliográficas relacionadas a demencia y disfagia proporcionadas por Dirección de la Biblioteca y Recursos para el Aprendizaje (DIBRA). También se contó con profesionales de la salud con experticia en disfagia y demencia en adultos mayores, como Fonoaudiólogos y Nutricionistas, para la orientación en la creación de la pauta “Guía de evaluación para la detección precoz de la disfagia en pacientes con demencia para ser utilizadas por sus cuidadores”. Además de la utilización de materiales concretos como computadores, impresoras y artículos de oficina. Los costos de implementación de dicho proyecto fueron de bajo costo.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

1. Demencia y envejecimiento

1.1 Epidemiología de la demencia en Chile

La demencia es un síndrome de carácter crónico y progresivo que afecta el intelecto, la memoria, la capacidad para poder realizar actividades de la vida diaria, deterioro en el control emocional, el comportamiento motivacional o social (OMS, 2019). Ávila (2016), menciona que se produce una “pérdida de la capacidad intelectual que puede ser inicialmente parcial, incidiendo en los aspectos ocupacionales. Posteriormente, cuando la pérdida es total, el afectado requiere ayuda social y cuidados externos para poder sobrevivir” (p. 10). Es decir, el deterioro cognitivo aumenta con el tiempo, incidiendo directamente en la calidad de vida del individuo y su familia, en donde puede llegar a necesitar asistencia en actividades básicas e incluso estar desmovilizado.

Según el Plan Nacional de Demencia (2017), en Chile la demencia forma parte de los trastornos neuropsiquiátricos, que son responsables de un 23% de la carga de la enfermedad. Se estima que el 1% de la población total del país presenta algún tipo de demencia, concentrándose en edades más avanzadas de la vida. “La Encuesta Nacional de Salud 2009-2010 reportó que 10,4% de los adultos mayores presentan un deterioro cognitivo y 4,5% de adultos mayores presenta deterioro cognitivo asociado a discapacidad, que alcanza a 16% en los de 80 años y más” (p. 9). La OMS (2017) establece que la demencia tiene relación con el envejecimiento de las personas ya que este proceso permite que el número de personas que padecen demencia se triplique y pase de 50 millones a 152 millones en el año 2050.

1.2 Envejecimiento, Fragilidad y Sarcopenia

El envejecimiento es un proceso biológico multifactorial asociado con una diversidad de cambios a nivel morfológico, deterioro biológico y psicológico que son consecuencia del paso del tiempo sobre el organismo. Es progresivo, lento e inevitable y se encuentra caracterizado por la disminución paulatina de la actividad fisiológica y de la capacidad de adaptación al entorno, sumado a los procesos dependientes patológicos de la edad (con o sin morbilidades médicas). Dependerá de factores individuales como: genética, sexo,

hábitos y los antecedentes mórbidos que se van acumulando; y ambientales como: agentes físicos, agentes químicos (tóxicos, tabaco, alcohol, drogas, polución, venenos industriales) y los agentes vivos como infecciones (Da Silva, 2017).

Uno de los aspectos asociado al envejecimiento es la fragilidad, término que hace referencia al síndrome de reserva fisiológica disminuida, que resulta del declive acumulado de los múltiples sistemas del organismo, causando vulnerabilidad y alterando la resistencia al estrés. El término es utilizado en adultos mayores con debilidad y mayor vulnerabilidad al daño (Rodríguez y Gutiérrez, 2013).

1.2.1 Sarcopenia y Disfagia Sarcopénica

Rodríguez y Gutiérrez (2013), plantean que uno de los efectos más nocivos del envejecimiento es la sarcopenia, una condición clínica definida como la pérdida de masa, fuerza, funcionalidad músculo esquelética y del rendimiento físico. Después de la quinta década de la vida, se presenta una disminución de la fuerza a un ritmo de 12 a 15% por década, ocasionando pérdida de la independencia en adultos mayores. También se define como un síndrome que se caracteriza por una pérdida gradual y generalizada de la masa muscular y la fuerza con riesgo de presentar resultados adversos como discapacidad física, calidad de vida deficiente, fragilidad y mortalidad (Gallardo, 2019).

A partir de los 50 años comienza un lento declive de la masa y de la fuerza muscular, que se produce desde el peak máximo alcanzado entre los 20 y 30 años, acelerándose de manera importante, especialmente entre las personas sedentarias. Entre los 40 y los 70 años los adultos sanos pierden un promedio de 24% de músculo, acelerándose hasta 15% por década después de los 70 años. La prevalencia de sarcopenia varía dependiendo de los métodos utilizados para su detección. Según los datos entregados por European Working Group on Sarcopenia in Older People (EWGSOP) el rango de prevalencia es de 5 a 13% entre los 65 y los 70 años y de más de 50% en personas mayores de 80 años (Gallardo, 2019).

Los adultos mayores con sarcopenia son más débiles que las personas con una masa muscular normal, ya que existe una relación entre la masa muscular y la funcionalidad que puede desplazarse en una dirección positiva (saludable) o negativa (discapacidad). Producto del desarrollo de la sarcopenia, también existen importantes implicaciones fisiopatológicas que

afectan a una gran variedad de órganos, sistemas y procesos, entre ellos se ve afectado el proceso deglutorio dando lugar a la disfagia sarcopénica (Cruz, et al., 2010).

La disfagia sarcopénica es definida como la dificultad deglutoria que se encuentra asociada a la sarcopenia: pérdida de fuerza, masa y función muscular, viéndose afectados los músculos masticatorios y deglutorios, así como también otros grupos musculoesqueléticos. Es un tipo de disfagia común cuya prevalencia aumenta en pacientes adultos mayores, especialmente en aquellos con malnutrición o poca utilidad de la musculatura deglutoria. Se relaciona con consecuencias como la neumonía aspirativa, la acumulación de residuos en la cavidad orofaríngea después de la deglución, tiempos prolongados de hospitalización y con una peor calidad de vida (Patiño-Hernández, Borda, Venegas, Chavarro-Carvajal y Cano-Gutiérrez, 2016).

1.3 Proceso deglutorio en el envejecimiento

Molina, Guerra y Gutiérrez (2015) plantean que en los Adultos Mayores (A.M) es muy común el desarrollo de alteraciones en la deglución causadas por pérdida de la dentadura, disminución de la salivación, fuerza muscular, distensibilidad y empeoramiento en la coordinación, etc. Este cuadro es considerado natural en el proceso de envejecimiento y es denominado presbifagia. Estos cambios que ocurren en el mecanismo de la deglución se presentan en los A.M sanos y condicionan afecciones nutricionales y un aumento de la morbilidad.

Según Belozo (2015), a partir de este deterioro por envejecimiento se puede observar que existe pérdida de tejido conectivo de la lengua, pérdida de piezas dentales y caries, limitación de la fuerza en el proceso de masticación y debilidad en los reflejos velo faríngeos. Asimismo, las dentaduras mal ajustadas van a interferir y afectar la fase oral de la deglución y dará lugar a una mala formación del bolo. Durante la fase oral de la deglución puede haber movimientos linguales múltiples. El movimiento general durante el inicio de la deglución es más lento y con frecuencia el bolo es sostenido en posición más posterior en la cavidad bucal justo antes de la fase faríngea.

Por otro lado, durante el envejecimiento natural de los A.M existe mayor riesgo de padecer determinadas alteraciones neuromusculares que afectan la ejecución y coordinación

de los distintos movimientos de la deglución y el sistema nervioso central, como accidentes cerebrovasculares, enfermedad de Parkinson, enfermedades degenerativas y demencia. Esta alteración causada por afecciones neurológicas es denominada disfagia neurogénica, signo que no es considerado normal en el proceso de envejecimiento (Molina, et al., 2015).

1.3.1 Disfagia en adulto mayor

Vargas (2019) plantea que la disfagia es un trastorno causado por compromisos neurológicos, donde se producen restricciones propioceptivas y motoras que van a provocar alteraciones en el proceso de la deglución, de manera que provoca un retraso en el inicio de la fase faríngea o limitación en la elevación laríngea, lo que pondrá en riesgo la calidad de vida del sujeto que lo posea.

Por otro lado, las alteraciones en la deglución también se asocian a complicaciones nutricionales severas, la deshidratación, desnutrición y otras alteraciones respiratorias como la neumonía por aspiración y obstrucción de la vía aérea, generalmente estas afectaciones provocan un impacto socioemocional importante en la dinámica familiar y producen irritabilidad en los adultos mayores, aumentando su morbilidad y mortalidad (Chakladar, 2012, p.2, citado en Olivares, 2016, p.4).

1.4 Disfagia en demencia

La disfagia es un problema prevalente que aparece en el transcurso de la demencia de perfil neurodegenerativo y que condicionan, en gran medida, la salud del paciente, tanto por las complicaciones graves que conlleva, como por las implicaciones sobre la carga de cuidados (Arriola, Fernández y Barcons, 2018).

Según el Ministerio de Salud (2019), el trastorno de la deglución es un problema frecuente en pacientes con demencia avanzada y un motivo de consulta que genera gran inquietud en los familiares. Sus orígenes pueden ser problemas dentales, trastornos de disfagia fase oral o faríngea y/o resistencia a comer, entre otros. La demencia provoca en los individuos afectados una disminución progresiva en el plano cognitivo y en su capacidad funcional. Está establecido que las personas afectadas por demencia o enfermedad de Alzheimer con frecuencia muestran dificultades para comer de forma independiente (Sura, et al., 2012).

El carácter evolutivo de la enfermedad de Alzheimer se corresponde también con alteraciones progresivas en el proceso deglutorio de los pacientes. En la etapa inicial, el deterioro cognitivo asociado a la enfermedad de Alzheimer y otras demencias hace que la capacidad de iniciar o continuar las tareas de alimentación disminuyen, olvidando incluso, el proceso voluntario de masticación y deglución (Sue, 2010).

También, en las primeras etapas, las personas afectadas pueden necesitar un mayor tiempo para la alimentación, retrasando el proceso deglutorio (Sura, et al., 2012). En la etapa intermedia, la capacidad para manejar los utensilios necesarios para comer y para reconocer los alimentos disminuye, dando lugar a apraxia y agnosia. Finalmente, en etapas muy avanzadas, la capacidad para controlar la masticación y la deglución es prácticamente nula (Chía-Chi y Roberts, 2011).

Por lo tanto, las personas con demencia experimentan una disminución en la ingesta oral de alimentos cuando pierden la capacidad de alimentarse de forma independiente, de reconocer los alimentos o presentan dificultades en la deglución. En este problema se plantea como objetivo básico de cuidadores formales e informales el de reducir al máximo las complicaciones asociadas, mejorar el estado nutricional y disminuir la morbilidad. Para ello, el diagnóstico precoz y el manejo adecuado de la disfagia con el desarrollo de estrategias para una deglución segura y eficaz resulta muy importante (Foster, et al., 2011).

Los signos más indicativos de disfagia son: aumento del tiempo necesario para la ingesta, dificultad en el manejo de secreciones, prolongación del tiempo necesario para masticar, retención de alimento en la cavidad oral, infecciones respiratorias recurrentes, pérdida de peso, deshidratación, regurgitación oral de alimentos o líquidos, regurgitación nasal, tos (antes, durante o después de la deglución), voz húmeda y atragantamientos. Estas observaciones pueden iniciar el estudio de la disfagia para realizar modificaciones que mejoren la deglución en la persona afectada (Gómez-Busto, et al., 2009).

El desarrollo y adaptación de la deglución es importante en la evolución de la enfermedad, la cual se comporta de manera individual, dependiendo de las necesidades sociales, nutricionales, incluyendo la discriminación del tipo de alimento, viscosidad, consistencia y volumen. La alteración de estos mecanismos redunda en la presentación de disfagia con los cambios nutricionales, alteraciones sociales y la adaptación de los individuos

a estos. El papel fundamental para la presentación de estos cambios deglutorios no es el envejecimiento de las personas sino los cambios cognitivos que llevan al desarrollo de la pérdida de la independencia y de la capacidad para nutrirse de forma autónoma. Las limitaciones en el conocimiento de estos cambios en los cuidadores de los pacientes con Enfermedad de Alzheimer (EA), impiden que adopten el uso de diferentes técnicas como cambios posturales de la cabeza, mandíbula o cuello que mejoren la deglución y su coordinación con la respiración, para lograr mantener un adecuado estatus nutricional y disminuir el riesgo de aspiración (Manrique, et al., 2013).

1.4.1 Tipos de disfagia frecuentes en pacientes con demencia

Existen dos orígenes principales de la disfagia que son el orofaríngeo y el esofágico, cada uno con sintomatología distintiva que apoya el diagnóstico diferencial. Se debe descartar, según rango de etario, las neoplasias, la acalasia y algunas patologías motoras que pueden producir este síntoma (Gómez-Nussbaumer y Polanía, 2016).

- Disfagia orofaríngea

La disfagia orofaríngea se denomina también disfagia “alta”, se refiere al compromiso oral o faríngeo. A los pacientes les cuesta iniciar la deglución y habitualmente identifican el área cervical como el origen del problema. En los pacientes neurológicos, la disfagia orofaríngea es una afección comórbida sumamente prevalente y suele tener mala evolución, con complicaciones como deshidratación, desnutrición, neumonía e incluso la muerte. Los trastornos de la deglución pueden provocar ansiedad y miedo, lo que puede llevar a los pacientes a evitar la ingesta oral de sólidos o líquidos provocando así desnutrición, depresión y aislamiento (Guías Mundiales de la Organización Mundial de Gastroenterología, 2014).

- Disfagia esofágica

La disfagia esofágica también se denomina disfagia “baja”, refiriéndose a la probable ubicación en el esófago distal. Si bien es de destacar que algunos pacientes con formas de disfagia esofágica, tales como acalasia, pueden ser ubicadas en la región cervical,

como si fuera una disfagia orofaríngea (Guías Mundiales de la Organización Mundial de Gastroenterología, 2014).

El manejo de la disfagia requiere un enfoque multidisciplinar (auxiliares, enfermeras, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, dentista, médico, cuidadores). El objetivo principal es optimizar la eficacia y seguridad de la deglución con la intención de asegurar una correcta hidratación y nutrición, así evitando complicaciones como la broncoaspiración y mejorando la calidad de vida del paciente (Gil, 2011).

1.5 Consecuencias de la disfagia

Las personas con alteraciones de la deglución pueden experimentar de forma gradual y progresiva dificultad para deglutir alimentos líquidos y sólidos; fríos o calientes que puedan agravar el problema (d'Hyver y Gutiérrez, 2014).

Como lo mencionan d'Hyver y Gutiérrez (2014), entre los factores de la disfagia sobre el estado nutricional se incluyen: ingestión dietética inadecuada, pérdida de peso, déficit de minerales y vitaminas, desnutrición tanto calórica como proteica, deshidratación, aspiración, aumento de mortalidad y consecuencias psicosociales

Las desventajas de un trastorno deglutorio instalado son:

Desnutrición:

- Disminuye la resistencia a las infecciones por alteración de la respuesta inmune.
- Induce a la debilidad y trastorno de conciencia.
- Reduce la fuerza de la tos y la respuesta mecánica de los pulmones.
- Aumenta la estadía hospitalaria.

Deshidratación:

- En los pacientes con disfagia se produce por disminución del flujo salival, lo que promueve a un trastorno en la formación del bolo alimenticio.
- Dependencia, aislamiento social y mayor carga de cuidados.
- En algunos casos de utilización de medios de nutrición artificial como uso de sonda nasogástrica o gastrostomía (Gil, 2011).

1.6 Métodos alternativos de alimentación en disfagia.

A continuación, se describen los métodos alternativos de alimentación, que son los más utilizados en la práctica clínica.

1.6.1 Uso de sonda nasogástrica en la disfagia.

El uso de sonda es un tipo de alimentación enteral que permite la nutrición de un individuo. Cuellar (2010) define la alimentación enteral como el “soporte nutricional que conlleva el uso de alimentos dietéticos con un objetivo médico específico, independientemente de la vía de aplicación; incluye suplementos nutricionales orales y la alimentación por sonda nasogástrica o nasoenteral” (p. 655), es decir, es un tipo de alimentación alternativa para pacientes que no pueden ingerir alimentos por la vía oral, pero que tiene la función peristáltica conservada.

La nutrición enteral se indica cuando el tubo digestivo se encuentra indemne, sin ningún tipo de afectación, es decir, que conserve su funcionalidad, además, cuando su alimentación por vía oral no está cubriendo la necesidad nutricional necesaria. Este sistema de alimentación tiene algunas ventajas al mantener el movimiento peristáltico, también los nutrientes que son ingeridos estimulan las secreciones digestivas lo que favorece la síntesis de hormonas gastrointestinales (Cuellar, 2010).

La sonda nasogástrica es uno de los métodos más utilizados en la clínica, debido a que se utiliza cuando la alimentación no se puede llevar a cabo por vía oral, una de las causas en las que se utiliza es en la disfagia. Suárez-Escudero, et al., (2017), señala: “La disfagia es toda alteración en el proceso de tragar, donde hay dificultad para mover el bolo alimenticio de manera segura desde la cavidad oral al estómago sin que aparezca aspiración de saliva, alimentos o líquidos a laringe, tráquea y pulmón.” (p. 93). Es decir, cuando se produce alguna alteración en las fases de la deglución se produce la disfagia, que imposibilita el llevar a cabo de forma adecuada o ideal la alimentación. Se opta por adecuar la alimentación en forma enteral para que no exista un riesgo de penetración o aspiración de alimento a la vía aérea.

1.6.2 Gastrostomía

Es un procedimiento que consiste en colocar una sonda por vía percutánea, laparoscópica o abierta para el acceso entérico. De esta manera, se da apoyo nutricional a pacientes que tengan un tubo gastrointestinal funcional y que presentan disfagia o aspiraciones debido a un problema mecánico o neurológico (Nussbaum & Fisher, 2013).

- Gastrostomía endoscópica percutánea (GEP)

Según Pereira & García (2010), consiste en colocar mediante endoscopia una sonda o tubo en el estómago a través de la pared abdominal. Esta técnica fue introducida en la práctica clínica en 1980 por los cirujanos pediátricos americanos Ponsky y Gauderer. Ha sustituido a la gastrostomía quirúrgica o abierta, ya que presenta menos complicaciones y puede realizarse en la mayoría de los casos sin anestesia general, en la sala de endoscopia. Además, es un procedimiento rápido, de bajo costo y con escasas complicaciones graves en manos de expertos.

La principal indicación para la colocar una sonda de GEP es poder alimentar a pacientes que presentan dificultad para tragar, ya sea, por causas mecánicas o neurológicas, necesitando una alimentación por sonda por un tiempo prolongado para tener una mayor expectativa de vida (Pereira & García, 2010).

1.7 Efectos adversos de los métodos alternativos de alimentación en disfagia.

Según variados estudios se ha comprobado que los métodos alternativos de alimentación como tratamiento de disfagia en pacientes con demencia, conlleva a más complicaciones que beneficios para la calidad de vida del paciente.

De acuerdo con el estudio realizado por Atencio, Blanco y Otero (2015), plantean que Kaplan-Meier ha encontrado que la expectativa de vida en los pacientes es menor cuando la gastrostomía endoscópica percutánea (GEP) se realiza por trastorno de la deglución asociado a la demencia en comparación de cuando es utilizada para dar solución a patologías gastrointestinales. En la actualidad, a pesar de existir otros estudios no se han demostrado beneficios claros en pacientes con esta condición; fisiopatológicamente la nutrición enteral aumenta las secreciones gástricas, la incontinencia urinaria y fecal, y en algunos casos, produce

úlceras por presión. Llegando a la conclusión de que la GEP en pacientes adultos mayores es un procedimiento técnicamente seguro y fácil de realizar, pero tiene potenciales complicaciones a largo plazo y no tiene mayores beneficios cuando la indicación es por un trastorno de deglución asociada con demencia.

En cuanto a la utilización de sonda nasogástrica se presentan distintas complicaciones al colocarla; especialmente en pacientes con enfermedades preexistentes. Pueden generar efectos adversos graves como: sinusitis, epistaxis, lesión sensorial y motora en el área nasal, obstrucción nasal, estenosis esofágica, úlceras, perforaciones estomacales, además de complicaciones respiratorias, lesiones laríngeas y en el trayecto traqueo esofagogástrico (Miliar de Jesús y Zúñiga, 2017).

2. Métodos y técnicas de evaluación de la disfagia

En relación con la evaluación de la disfagia, existen diferentes métodos y técnicas utilizadas tanto en las etapas pre-oral, como en la oral y faríngea de la deglución. Estas etapas se encuentran relacionadas con el riesgo de penetración laríngea y aspiración con signos que se presentan al deglutir líquidos en pequeños volúmenes, como son la disfonía, voz húmeda, tos débil o deglución enlentecida (Veitía, 2009).

2.1 Métodos objetivos de evaluación de la disfagia.

A continuación, se describen los métodos objetivos de evaluación de la disfagia, los cuales son observables y cuantificables, además se miden por medio de diferentes instrumentos.

2.1.1 Videofluoroscopia (gold standard)

Dentro de los métodos objetivos de la evaluación de la disfagia se encuentra la Videofluoroscopia, que se refiere a una exploración radiológica dinámica que requiere de contraste, permitiendo estudiar los mecanismos orofaríngeos en la disfagia funcional y las principales alteraciones de la deglución en forma de signos video fluoroscópicos. Por medio de esta exploración dinámica, se observa el recorrido del alimento en la deglución, es decir, su

paso de la boca al estómago, la preparación oral, el reflejo de inicio de la deglución, el tránsito esofágico y la presencia de aspiración (Ortiz y Silver, 2016).

Profundizando en la anterior definición, los principales signos de fluoroscópicos de alteraciones en la fase oral son la apraxia, la disminución del control y de la propulsión lingual del bolo. Muchos pacientes presentan apraxia deglutoria (dificultad, retraso o imposibilidad en iniciar la fase oral) después de un ACV y también se puede observar en pacientes con Alzheimer. Las alteraciones del control lingual o de su propulsión causan un residuo oral o en la vallécula cuando la alteración es de la base de la lengua. El principal signo acerca de la seguridad de la fase oral es la insuficiencia del sello palatogloso (lengua-paladar blando), disfunción muy grave que origina la caída del bolo a la hipofaringe antes del disparo del patrón motor deglutorio faríngeo y mientras la vía respiratoria está todavía abierta, lo que origina una aspiración pre- deglutoria (Veitía, 2009).

Por otro lado, los signos videofluoroscópicos de alteraciones en la fase faríngea son el residuo hipofaríngeo y las alteraciones de apertura del EES (esfínter esofágico superior). El residuo hipofaríngeo se debe a una contracción faríngea débil, muy frecuente en los pacientes con enfermedades neurodegenerativas, y predispone a la aspiración post-deglutoria. También se encuentran los signos videofluoroscópicos de la seguridad de la fase faríngea que son la lentitud o la descoordinación del patrón motor deglutorio faríngeo y las penetraciones y/o aspiraciones (Veitía, 2009).

2.1.2 Evaluación fibroscópica de la deglución o Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing (FEES)

Es un procedimiento endoscópico que consiste en introducir un fibroscopio flexible a través de la fosa nasal hasta detrás de la úvula, permitiendo tener una visión directa de la faringo- laringe, en busca de problemas morfológicos y funcionales. El usuario es evaluado con distintas consistencias de alimentos en volúmenes progresivos, esto se realiza repetidas veces para comprobar la presencia de aspiración y para determinar el efecto de la fatiga en la deglución (Molina, et al., 2011).

2.1.3 Manometría faringoesofágica

La manometría faringoesofágica, es entendida como una técnica que permite evaluar los mecanismos de apertura del esfínter esofágico superior. El procedimiento está indicado en la evaluación diagnóstica de pacientes con disfagia cuando los estudios endoscópicos y radiológicos no han aclarado la etiología. Requiere el uso de una sonda con 5 orificios de registro separados por 1 cm. El objetivo de este sistema es lograr enfocar adecuadamente el esfínter durante la deglución registrando la motilidad esofágica (Hani, et al., 2017).

2.1.4 Electromiografía

Otro procedimiento utilizado es la electromiografía, que consiste en colocar electrodos (superficie) y en punción con agujas para identificar la duración e intensidad de la contracción muscular, también evalúa la simetría y permite cuantificar la armonía de la contracción muscular entre pares de músculos del derecho e izquierdo. En la deglución, los grupos musculares más analizados son músculos suprahioides e infrahioides y el masetero, además del comportamiento de músculos como tiroaritenoides y cricofaríngeos. Tiene un papel relevante en el estudio de las fases oral y faríngea del proceso deglutorio, ya que este acto depende de la coordinación de más de 20 músculos (Chuhuaicura, et al., 2018).

2.1.5 Ultrasonido

El ultrasonido es un procedimiento en el que se ocupan sonidos de alta frecuencia para generar imágenes dinámicas de los tejidos blandos, permitiendo observar la relación temporal de los movimientos realizados por las diferentes estructuras. Este se puede utilizar para diagnosticar con mayor exactitud las patologías de la deglución, ya que permite visualizar de manera directa los movimientos de la lengua tanto en el plano coronal como en el sagital. Por lo tanto, esta es una técnica que evalúa con precisión la fase preparatoria y oral de la deglución (Chuhuaicura, et al., 2018).

2.2 Métodos subjetivos de evaluación de la disfagia.

A continuación, se describen los métodos subjetivos de evaluación de la disfagia, los cuales se basan en la observación e interpretación del profesional.

2.2.1 Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad (MECV-V).

El Método de Exploración Clínica Volumen -Viscosidad, con las siglas MECV-V, permite diagnosticar tanto las alteraciones de la seguridad de la deglución, como las de la eficacia y determinar el volumen y viscosidad del bolo alimenticio adecuado para cada paciente (Clavé, 2012). El test MECV-V-G, es una adaptación del primero para identificar la eficacia y seguridad de la deglución en pacientes con demencia avanzada (Hernandez, Castellot y Tomás, 2019).

El MECV-V es utilizado para identificar diversos signos que afectan la eficacia de la deglución y también los que afectan la seguridad de la deglución. Consiste en utilizar bolos alimenticios de 3 viscosidades diferentes (néctar, líquido y pudin) y de 3 volúmenes crecientes (5ml, 10, ml y 20 ml). El test comienza utilizando una viscosidad intermedia (néctar) para menor riesgo del paciente, si durante la exploración no hay signos de alteración de la seguridad, se pasa a viscosidad líquida y posteriormente si la exploración sigue bien, se utiliza viscosidad pudin. Por el contrario, el paciente presenta alteración de la seguridad (AdS) durante la exploración con algún volumen de néctar o líquido, se pasaría directamente al volumen más bajo de pudin (viscosidad más segura) y si se presentaran problemas de seguridad con algún volumen durante la exploración con pudin, se finaliza el test (Figura 1). Por lo tanto, el MECV-V es seguro, rápido y preciso con un 88% de sensibilidad para alteraciones en la seguridad de la deglución, 100% para aspiraciones y más del 88% de sensibilidad para la alteración de la eficacia (AdE) de la deglución y, además, ofrece información acerca del tipo de bolo alimenticio más adecuado para cada paciente (Ortega Fernandez, Martín Martinez, Cristófol Allue, Cabré Roure y Clavé Civit en Abizanda Soler y Rodríguez Mañas, 2014).

Los signos clínicos que detecta el MECV-V son:

- Un inadecuado sello labial, es decir la incapacidad de mantener el bolo dentro de la boca.

- Existencia de residuos orales en lengua, debajo de lengua y encías una vez acabada la deglución.
- Deglución fraccionada, es decir necesidad de realizar varias degluciones para un mismo bolo.
- Sospecha de presencia de partículas del bolo en la faringe, que dejan sensación de tener residuo en la garganta (García-Peris, Velasco y Frías Soriano, 2012).

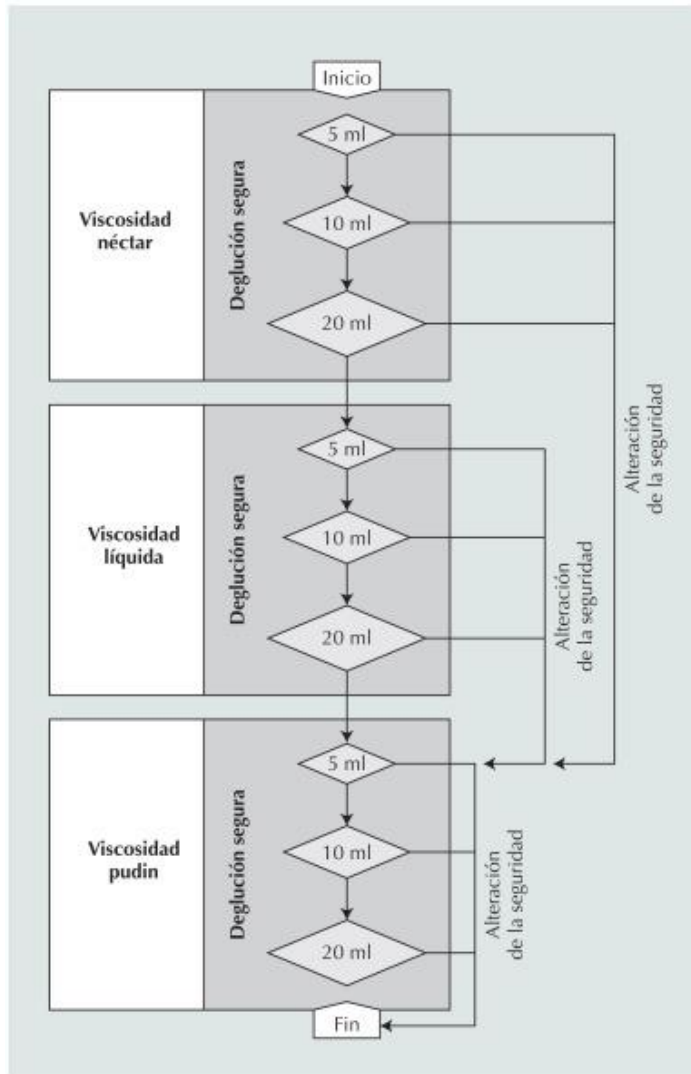


Figura 1. Algoritmo del método de exploración clínica volumen-viscosidad (Ortega Fernandez, Martín Martinez, Cristófol Allue, Cabré Roure y Clavé Civit en Abizanda Soler y Rodríguez Mañas, 2014).

2.2.2 Gugging Swallowing Screen (GUSS)

El Gugging Swallowing Screen es una herramienta que evalúa la capacidad de deglución de saliva, texturas semisólidas, líquidas y sólidas. Esta herramienta de cribado GUSS consta de dos partes, comenzando con una fase en la que se realiza una valoración de síntomas preliminares y valoración indirecta de la deglución, se le administra al paciente líquidos de distintas viscosidades donde se va dando una puntuación y evaluando síntomas como la tos o carraspera en reposo. Del resultado de esa suma de puntuación se infiere si el paciente pasa a la segunda fase, donde se evalúa de forma directa la deglución con diferentes texturas (alimento sólido) en la cual se observa su destreza y tiempo que tarda en deglutir, asignando una puntuación según presente síntomas, como tos, carraspeo, sialorrea o cambios en la voz (Burgoa, 2019).

2.2.3 Test del agua

El Test del agua es una de las pruebas más antiguas y conocidas para el cribado de la disfagia, que consiste en administrar con una jeringa 10 ml de agua observando si existe algún síntoma como babeo, tos o disfonía y el número de degluciones. El proceso se repite cuatro veces y posteriormente la prueba termina con la administración de 50 ml en un vaso, siempre observando los mismos ítems. El resultado de la prueba es negativo si no existen síntomas y positivo si estos aparecen. Para la realización de esta prueba es esencial que esté presente el reflejo de tos y que exista una adecuada sensibilidad oral, dos antecedentes que no siempre están presentes en los pacientes con disfagia (Clavé y García, 2011).

2.3 Escala Aversive Feeding behavior inventory de BLANDFORD.

Esta escala es una herramienta diagnóstica que evalúa el grado de alteración en la alimentación en el adulto mayor con algún tipo de deterioro cognitivo (Saucedo, 2016). Es decir, hacer relación entre el deterioro cognitivo progresivo y los cambios que puede haber en la alimentación.

Además de ser utilizada para evaluar la conducta alimentaria en adultos mayores, se encarga de ver la ingesta diaria de alimento y los cambios que puedan ir ocurriendo en la

alimentación, asimismo de la capacidad que tengan para poder alimentarse ya sea por sus propias capacidades o si es necesaria algún tipo de ayuda (Gomez, et al., 2018).

Según el manual de Gomez et al., (2018), esta escala tiene 28 ítems agrupados en cinco estadios, en estos se resume la desintegración evolutiva de la conducta alimentaria de los pacientes con demencias, en especial los con enfermedad de Alzheimer, es decir, va evaluando cómo cambia la alimentación del adulto mayor con alteración cognitiva.

2.4 Detección precoz de la disfagia en demencia

Según Gea (2019), frente a cualquier sospecha de alteración en el proceso deglutorio es esencial realizar exploraciones clínicas y pruebas diagnósticas, como las mencionadas anteriormente, debido a que en las fases más avanzadas de la demencia suelen aparecer trastornos de la alimentación, por lo que se vuelve esencial una buena evaluación para una detección precoz, evitando mayores complicaciones en el paciente.

La prevalencia de la disfagia en pacientes con enfermedades neurológicas y asociadas al envejecimiento es muy elevada y estudiada, sin embargo, es poco conocida y diagnosticada, puesto que se ha demostrado que las evaluaciones clínicas son insuficientes para identificar penetraciones silenciosas y aspiraciones por lo que se hace necesaria la confirmación por examinación videofluoroscópica u otra prueba clínica, las cuales son de difícil aplicación y de alto costo. Los pacientes con enfermedad de alzhéimer, por ejemplo, presentan disfagia neurógena, es una alteración con síntomas graves y es de gran importancia identificar precozmente, debido a que conlleva complicaciones que pueden llegar a causar la muerte, como, por ejemplo, las aspiraciones las cuales normalmente son silentes y comprometen la vida de estos enfermos, ya que son asintomáticas y se vuelven difícil de detectar clínicamente (Baena y Molina, 2016).

2.5 Rol del fonoaudiólogo en la evaluación y tratamiento de la disfagia en pacientes con demencia

En la actualidad, la disfagia es un problema clínico importante teniendo en cuenta el aumento en la esperanza de vida de la población y las consecuencias nutricionales que esto genera. Según estudios europeos se estima que el riesgo de desarrollar este problema oscila

entre el 50 y el 75% de los afectados con enfermedad de Alzheimer u otro tipo de demencia, tanto a nivel hospitalario como comunitario. En cualquier caso, la disfagia es frecuentemente vista como un trastorno secundario en las personas mayores en comparación con el diagnóstico primario que causa la disfagia (Demencias, ACV, entre otros). Sin embargo, independientemente de su origen, la alimentación y los trastornos de la deglución en los ancianos, se encuentran asociados a un mal pronóstico y a la desnutrición severa, siendo considerados una secuela común de estos cuadros (Baena y Molina, 2016).

Por los motivos mencionados anteriormente es de suma importancia la evaluación clínica de la disfagia que tiene como objetivo evaluar cómo se encuentra el proceso deglutorio, determinar la presencia de disfagia y de esta manera establecer su severidad logrando orientar el posterior proceso de rehabilitación con evaluaciones continuas para evidenciar las mejoras con el tratamiento. En esta etapa cobra gran importancia el profesional fonoaudiólogo, ya que es quien se encarga en mayor medida de realizar la anamnesis, evaluación subjetiva de la deglución y de las estructuras que participan en ésta, además entrega la primera aproximación a una hipótesis diagnóstica de la dificultad en la deglución del paciente (Toledo, et al., 2015).

Además, el fonoaudiólogo participa en la elaboración de planes de intervención y en la prevención de la disfagia, en donde puede utilizar diferentes estrategias terapéuticas entre ellas las que han tenido más evidencia son las estrategias posturales, y las estrategias de incremento sensorial, (Baena y Molina, 2016), es decir, con estas estrategias se busca que exista un mayor control del paciente durante su alimentación, es por esto que estas estrategias se hacen desde el momento en que se obtiene el diagnóstico de demencia actuando de manera temprana evitando los riesgos de aspiración y penetración de alimentos. Además de prevenir el uso de algún sistema de alimentación alternativa, sin afectar más aún la calidad de vida del paciente.

Según investigaciones del Instituto Nacional de Geriatría y la carrera de Fonoaudiología de la UC, la investigación de Fernández-Rosati, 2018 argumenta que, realizado el diagnóstico de disfagia, se inicia una rehabilitación con el fonoaudiólogo para determinar si es posible continuar con la alimentación por vía oral, o si se debe apoyar con algún tipo de alimentación complementaria, además se debe educar a la familia respecto a la condición del paciente. En el caso de personas con demencia, se enfrentan a un cuadro de deterioro que es progresivo e irreversible, pero mediante el adecuado manejo de la disfagia, es

posible evitar una gastrostomía o sistema de alimentación alternativo enteral. Es por esto que el equipo interdisciplinario, que incluye al nutricionista, médico y fonoaudiólogo, refuerzan las adaptaciones en la dieta, educando respecto a la forma y el momento de la alimentación oral en base a las características que presenta cada paciente.

CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de estudio

3.1.1 Enfoque de investigación

El enfoque de esta investigación es de tipo cualitativo, debido a que tiene como finalidad desarrollar preguntas antes, durante y después de la recolección y análisis de los datos. De igual modo utiliza dicha recopilación y análisis de los datos para perfeccionar las preguntas de investigación o descubrir nuevas interrogantes en el transcurso de la interpretación (Hernández, Fernández y Baptista, 2014). De esta manera, en este estudio se realizarán preguntas a profesionales con el fin de contestar la pregunta de investigación, acerca de los parámetros que debe incluir una guía de evaluación para la detección precoz de la disfagia para cuidadores de pacientes con demencia, con el fin de explorar y recopilar la información necesaria sin medición numérica para luego interpretarlos.

3.1.2 Alcance de la investigación

Esta investigación es de alcance descriptivo, ya que busca detallar propiedades, características importantes y perfiles de personas o grupos mediante la recopilación de información de manera independiente o conjunta de conceptos a las que se refieren, realizando un análisis e indicando cómo se relacionan (Hernández. Fernández y Baptista, 2014). En este estudio se busca describir características importantes mediante la información entregada por los profesionales de la salud que le permitan a los cuidadores de pacientes con demencia identificar los signos y síntomas asociados a la disfagia, entregando información para saber cómo actuar en estos casos.

3.1.3 Diseño de la investigación

El diseño abordado es de tipo investigación – acción, el propósito de este diseño es abarcar y resolver problemáticas que pueda presentar una comunidad, se centra en contribuir información que encamine la toma de decisiones sobre proyectos. La investigación-acción busca favorecer el cambio social y que las personas reflexionen sobre su papel en el proceso de transformación. Implica la colaboración total de los participantes en el descubrimiento de

necesidades, el proceso a mejorar y la implementación de resultados. (Hernández. Fernández y Baptista, 2014). En el presente estudio, mediante la investigación -acción se busca detectar la necesidad de crear una guía, con la colaboración de profesionales de la salud que van a ser entrevistados, los cuales permitirán su creación y la solución del problema.

3.2. Muestra de expertos

Profesionales de la salud con experticia en disfagia y demencia en adultos mayores, tales como Fonoaudiólogos y Nutricionistas, que cumplan con los criterios de inclusión.

3.2.1. Tipo y diseño de muestreo

El tipo de muestreo es no probabilístico, debido a que las muestras son seleccionadas por uno o varios fines, estas unidades no son estadísticamente representativas de una población, sino que busca una elección de los casos con características o particularidades específicas. Logrando obtener situaciones, personas o contextos que interesan al investigador y que ofrecen información más fructífera para la recolección y el análisis de los datos (Hernández, Fernández y Baptista, 2014). En este trabajo se aplica el muestreo no probabilístico, ya que se efectuarán consultas a profesionales de la salud con experticia en disfagia y demencia en adultos mayores, tales como Fonoaudiólogos y Nutricionistas que cumplan con los criterios de inclusión.

El diseño de muestreo es de expertos, ya que es necesaria la opinión de personas especializadas en un determinado tema, este diseño es común cuando se pretende mejorar un proceso de calidad (Hernández, Fernández y Baptista, 2014). En el caso de este estudio es necesaria la opinión de profesionales de salud con experticia en disfagia de adultos.

3.2.2. Tamaño de la muestra

La muestra estuvo constituida por un total de 6 profesionales de salud con experiencia en disfagia y demencia, 5 fonoaudiólogos, 1 nutricionista.

3.2.3. Unidades de información

Profesionales de la salud, tales como Fonoaudiólogos y Nutricionistas.

3.2.4. Criterios de selección de la(s) muestra(s):

Criterios de inclusión:

- Profesionales con experiencia en geriatría.
- Profesionales con 2 o más años de experiencia en el área en el cual se especializan.
- Profesionales que trabajen en instituciones de salud pública y/o privada.

Criterios de exclusión:

- Fonoaudiólogos que a su vez están dedicados a las áreas de audición o voz.
- Profesionales recién egresados.
- Profesionales que a su vez estén dedicados al área pediátrica.
- Profesionales que trabajan exclusivamente en consultas privadas.

3.3 Instrumento de recolección de información

El instrumento mediante el cual se hizo la recolección de información para la elaboración de la guía de evaluación fue una entrevista semiestructurada y autoadministrada que se basa en una guía de preguntas concretas, pero también le permite al entrevistador introducir preguntas nuevas con el fin de precisar conceptos u obtener más información (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

Según Díaz, Torruco, Martínez y Varela (2013) Las entrevistas semiestructuradas suelen ser más flexibles que las entrevistas estructuradas, ya que las preguntas se adaptan a los entrevistados con el fin de motivar al interlocutor, aclarar términos, identificar ambigüedades y reducir formalismos, de manera que los entrevistados expresen sus puntos de vista de manera relativamente abierta a diferencia de las entrevistas estandarizadas o cuestionarios, es por esto que la definen como una “conversación amistosa”, donde el entrevistador escucha con atención y guía la entrevista hacia los temas que a él le interesan. Así mismo, el entrevistador

frecuentemente debe tomar decisiones para darle curso a la entrevista y al entrevistado. Por ejemplo, ante una pregunta ya respondida, se tendrá que determinar si se vuelve a realizar para obtener mayor profundidad o si debe ser eliminada.

La entrevista semiestructurada se aplica a este trabajo porque se realizaron preguntas en base a temas como: disfagia en pacientes con demencia, factores que originan la disfagia, signos y síntomas de disfagia en pacientes con demencia, control neuromuscular y cortical, presbifagia, factores externos asociados a la disfagia en pacientes con demencia (cognitivos, sensoriales), donde a medida que el entrevistado contesta pueden ir surgiendo más preguntas o se pueden modificar algunas que ya han sido contestadas, con el fin de aclarar todas las dudas del entrevistador y guiar la entrevista a temas que quiera profundizar.

En este caso la entrevista semiestructurada se realizó de manera virtual a través de google forms, la cual constaba de 20 interrogantes, en donde se plantean diferentes preguntas en base a los temas antes mencionados. Con la finalidad de ser contestadas por los diferentes profesionales en un tiempo estimado de 10 a 15 minutos y en el caso de no recibir respuestas por su parte se vuelve a contactar para enviar un recordatorio

3.4 Herramientas

Para la presente investigación las herramientas utilizadas fueron:

Bitácora de campo o diario de campo es una especie de diario personal de los investigadores. Se escribe todo lo relacionado con la investigación, ya sea las anotaciones de cada sesión de trabajo, reflexiones, puntos de vista, conclusiones, hipótesis iniciales, dudas e inquietudes, el ambiente, sucesos, fotografías, relaciones, eventos, etc. Es decir, todo lo que puede influir en la investigación, con el fin de documentar cronológicamente la investigación, además sirve para identificar la muestra, el lugar en donde se recolectó y el tiempo que demoró (Hernández, Fernández y Baptista, 2014). La bitácora de campo se aplica a este trabajo de manera que cada acontecimiento relacionado con la investigación y el trabajo de campo considerado útil para la investigación fue anotado en orden cronológico, en especial las respuestas de la entrevista a los profesionales (Anexo 2).

3.5 Procedimiento

Inicialmente en cuanto a los eventos que sucedieron para la elaboración de la investigación fue el desarrollo del planteamiento del problema. Se seleccionaron los objetivos tanto general como específicos a partir de la pregunta de investigación dando una dirección al estudio.

Una vez dado el curso a la investigación, se procedió a la recolección de sustento teórico, recolectando información respecto a la disfagia en pacientes con demencia, lo cual se llevó a cabo a través de la búsqueda de información a través diferentes medios de investigación como: Google académico, revistas, libros. Otro método de búsqueda fue la biblioteca virtual de la Universidad de Valparaíso, Campus San Felipe. Parte de este proceso fue asistir a una capacitación de búsqueda bibliográfica organizada por la biblioteca de la Universidad de Valparaíso campus San Felipe, realizada por las encargadas de la biblioteca del campus de forma virtual por medio de la plataforma zoom.

Posteriormente se procedió a la selección y elaboración de la metodología utilizada en este estudio, donde se desarrollaron puntos importantes como el enfoque de la investigación, el alcance y su diseño. Así mismo se seleccionó el grupo de población utilizado para recolectar la información necesaria y el método de recolección de esta.

Una vez escogido el método se comenzó a crear el instrumento de recolección de información, el que corresponde a una entrevista semiestructurada (Anexo 1) para ser contestada por diferentes profesionales, para esto se realizó un catastro de los profesionales contactados por el profesor guía Patricio Meza donde les consultó si podían contestar una entrevista de manera virtual, por medio de un formulario de google forms, el cual fue enviado vía correo electrónico. Las respuestas obtenidas fueron transcritas en la bitácora de campo y en el caso de no quedar clara una de ellas se volvió a contactar al profesional para ser aclarada, posterior a eso se pasó a realizar el análisis cualitativo de las respuestas. Con el análisis de la información obtenida se comenzó a crear la guía de evaluación para la detección precoz de la disfagia en pacientes con demencia para ser utilizadas por sus cuidadores.

3.6 Materiales

Para desarrollar los procedimientos de la investigación se usaron materiales electrónicos como:

- Computadores:
 - HP ENVY x360m6 Convertible PC- Model: m6-ar004dx
 - HP Laptop Model:14-CM0010LA
 - Lenovo Model: L13L4A01
 - HP Model: 14-g005la
- Internet
- Celulares
- Software: Google forms, Google Drive, Gmail y Microsoft Office 365.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS

En este apartado se presentarán los resultados obtenidos en la investigación realizada a través del proceso de recolección de información mediante la realización de una entrevista autoadministrada, la cual da cuenta de las características y sugerencias mencionadas por los seis especialistas (fonoaudiólogos y nutricionistas) que, según su experticia, deben considerar los cuidadores de pacientes con demencia para detectar una posible disfagia.

A continuación, se muestra la tabla N°1, la cual detalla las respuestas obtenidas de la entrevista autoadministrada, específicamente a los profesionales del área de la salud con experticia en demencia y disfagia. La tabla está compuesta por tres columnas, en la primera se ubican las 20 preguntas que componen la entrevista. En la segunda columna se muestra la síntesis de las respuestas de los seis profesionales. Por último, en la tercera columna se muestran citas textuales de las respuestas de los profesionales, las que aportan significativamente en la investigación. Para facilitar la lectura, se utilizará la siguiente simbología, en el caso de Entrevistado, se representará con una letra “E” mayúscula y junto a ella el número correspondiente a cada profesional respecto al orden en el anexo 1.

Tabla N° 1: Entrevista a profesionales fonoaudiólogos y nutricionistas.

Pregunta	Síntesis	Cita textual
1.- Según su experiencia en el área, ¿cuáles son los signos y síntomas más comunes de disfagia en pacientes que padecen demencia?	Los signos y síntomas más comunes mencionados por los profesionales entrevistados son: Tos, atragantamiento, aumento del tiempo de alimentación, principalmente en la fase preparatoria oral, residuos de alimentos (post deglutorios), inapetencia, deshidratación y pérdida de peso.	E.1: “Pérdida de peso, tos, apraxia deglutoria, aumento del tiempo de alimentación.” (Anexo 2: E1, P78) E.2: “Por lo general dificultad con consistencias, atragantamiento con alimentos, fármacos o saliva.” (Anexo 2: E2, P81). E.3: Tos post deglutoria, aumento de tiempo de etapa preparatoria oral, residuos post deglutorios debido a alteración en movimientos linguales.” (Anexo 2: E3, P86) E.4: “Deshidratación, enflaquecimiento, inapetencia aparente, tos.” (Anexo 4: E2, P91)

2.-Si usted Las directrices para seguir **E.1:** “Realizó
observa un grado de por los profesionales entrevistados, **evaluación clínica**, si requiere
disfagia en un en caso de observar un grado de GTT derivó a examen
paciente con disfagia en un paciente con demencia instrumental” (Anexo 2: E1,
demencia, ¿cuáles son las siguientes: P78)

serían las directrices

para seguir en un Solicitar y/o realizar **E.3:** “Educación a
caso de esta evaluación clínica, modificar la familia y/o cuidadores
naturaleza? (según consistencia de los alimentos y educar **respecto a la deglución,**
su especialidad y a la familia y cuidadores del paciente **postura, utensilio y forma de**
experiencia). con demencia, en relación a su **alimentación.** Luego, si es
alimentación. necesario **modificación de**
consistencia de los alimentos
con reevaluación.” (Anexo 2:
E3, P86)

E.4: “Solicitar
evaluación, corregir
consistencia de alimentación
en sólidos y líquidos.” (Anexo
2: E4, P91)

3.- ¿Qué Los profesionales **E.2: Anamnesis** para instrumentos de entrevistados mencionaron que los el usuario con demencia – **SEF** evaluación instrumentos de evaluación (deglución) (...)” (Anexo 2: considera usted más considerados más relevantes para E2, P82) relevantes para detectar de manera precoz la disfagia **E.3: “Anamnesis** detectar de manera en un paciente con demencia son: con cuidadores y **evaluación** precoz la disfagia en Anamnesis, observación y/o **clínica**. En la práctica clínica in paciente con evaluación clínica, protocolo SEF, no aplicó protocolos de demencia? ¿Qué escala Gugging Swallowing Screen evaluación, sin embargo, creo protocolo pude (GUSS) y Eating-Assessment Tool- que la **Pauta Guus** es uno de aplicar como 10 (EAT-10) los protocolos que manejo profesional? (...)” (Anexo 2, E3, P87)

E.5: “La evaluación **clínica** es fundamental considerando desde la **anamnesis** y la evaluación de las funciones (...) En etapas tempranas el protocolo **FAT – 10; el GUSS**” (Anexo 2: E5, P94)

4.- ¿En qué Los profesionales **E.2: “(...) tiempo de**
aspectos del proceso entrevistados mencionaron los **alimentación,** si requiere
de alimentación del siguientes aspectos del proceso de asistencia al momento de
paciente se debe alimentación en los que debe poner comer, cantidad de
añjar el cuidador atención el cuidador para detectar la alimento/agua/fármacos que
para detectar la disfagia: logra recibir por vía oral,

disfagia?

Tiempo de alimentación, tos, adaptación de utensilios,
 residuos orales, atragantamiento y conducta del usuario al
 rechazo de alimentos. momento de alimentarse,

rechazo de alimentos,
presencia de tos, cambios en
 la voz, expresiones faciales al
 comer, **residuos en boca,**
atragantamientos (...)”

(Anexo 2: E2, P82)

E.5: “Tiempo de
ingesta, movimientos
 compensatorios de cabeza al
 deglutir, para degluciones,
conducta en alimentación
como oposición frente a
ciertas comidas, mayor
 activación de la musculatura
 perioral y/o suprahiodea,
atoros” (Anexo 2: E5, P95)

5.- ¿Cuáles cambios en los hábitos de alimentación se ven en los pacientes con demencia en comparación con adultos mayores?	Los cambios en los hábitos de alimentación en pacientes con demencia mencionados por los profesionales fueron los siguientes: Tienen dificultades al utilizar utensilios, rechazo alimentario, necesitan de asistencia/ayuda al alimentarse y preferencia por algunos alimentos, en relación a texturas y sabores.	E.1: “Rechazo de alimentos” (Anexo 2: E1, P78) E.3: “Dificultades en la utilización del utensilio, deben ser asistidos (...)” (Anexo 2: E3, P87) E.5: “Manifiestan preferencias de alimentos.” (Anexo 2: E5, P95) E.6: “Rutinas más estrictas, dependencia, mayor selectividad de sabores/texturas” (Anexo 2: E6, P99)
--	--	--

6.- ¿Cómo Los profesionales E.1: “(...) **demencia** se dan los cambios entrevistados mencionaron que los **asociada a Parkinson los** en el proceso de cambios en el proceso de deglución **cambios son progresivos, en** deglución en los en los usuarios con demencia son: **la demencia vascular son** usuarios con **bruscos**”. (Anexo 2: E1, P79)

demencia? En demencia asociada a

Parkinson es progresivo, y en la E.2: “(...) **demencia vascular son bruscos, declinantes// en etapa** cambios declinantes en la etapa **anticipatoria** (olores, sabores anticipatoria, etapa preparatoria y - a nivel sensorial en general) - etapa faríngea, tos post deglutoria en **etapa preparatoria** más de una consistencia, afectación (demencia + cambios del control del bolo, baja tolerancia a estructurales propios del la alimentación, mantener el alimento envejecimiento sea fisiológico en la cavidad oral sin lograr o patológico) - **etapa** deglutirlo, cambios conductuales, **faríngea**” (Anexo 2: E2, P83)

disminución sensorial, pérdida de E.3: “Su afectación fases voluntarias, olvidos, falta de es progresiva, desde inicio con interés para comer.

tos post deglutoria leve en una consistencia, luego **afección de control del bolo en cavidad oral, aumento de tos post deglutoria en más de una consistencia, baja tolerancia a la alimentación y finalmente mantienen el alimento en cavidad oral sin lograr deglutirlo (...)**” (Anexo 2: E3, P87)

E.5: “Los cambios son fisiológicos en conjunto con **cambios conductuales**”
(Anexo 2: E5, P95)

E.6: “Disminución sensorial, pérdida de fases voluntarias, olvidos, falta de interés para comer (...)”
(Anexo 2: E6, P99)

7.- ¿La consistencia de los alimentos en un adulto mayor con demencia cambia a medida que avanza? Los profesionales mencionaron que la consistencia de los alimentos en un adulto mayor con demencia cambia a medida que avanza es lo siguientes:

E.1: “Si, se va aumentando la viscosidad de los líquidos y reduciendo los sólidos” (Anexo 2: E1, P79)

E.3: “(...) Sólidos se van moliendo cada vez más los líquidos y reduce los sólidos, hasta llegar a papilla (...)” (Anexo 2: E3, P87)

8.- ¿Con qué tipos de consistencias, comienzan a presentar dificultades en la deglución los adultos mayores con demencia? (líquidos, néctar, pudín, sólidos). Los profesionales mencionaron los tipos de líquidos finos” (Anexo 2: E1, P79)

E.2: “(...) sólidos y posteriormente el líquido fino por la alteración del control motor oral. Dependerá del cuadro demencial, es complejo” (Anexo 2: E2, P83)

E.3: “Generalmente consultan primero cuando presenta alteración con líquidos (...)” (Anexo 2: E3, P88)

9.- ¿Cuáles serían los factores que determinan la evolución de la disfagia de un usuario con demencia?	Los profesionales entrevistados mencionaron los factores que determinan la evolución de la disfagia de un usuario con demencia, son: La causa de la demencia, el manejo de la disfagia, y apoyo familiar, la progresión de cuadro de base, enfermedades crónicas no tratadas, polifarmacia, síntomas neuropsiquiátricos” (Anexo 2: E2, P83) transcurre en presentar signos de disfagia, antecedentes mórbidos previos como ACV, olvidos, rechazo, pérdida del placer al comer.	E.1: “La causa de la demencia, el manejo de la disfagia, apoyo familiar.” (Anexo 2: E1, P79) E.2: “Progresión de enfermedades crónicas no tratadas, polifarmacia, síntomas neuropsiquiátricos” (Anexo 2: E2, P83) E.3: “Tiempo que transcurre en presentar signos de disfagia, estimulación por parte de la familia y antecedentes mórbidos previos como ACV” (Anexo 2: E3, P88) E.6: “(...) olvidos, rechazo, pérdida de placer por comer (...)” (Anexo 2: E6, P99)
--	---	--

10.- ¿El	Los profesionales	E.1: ‘‘Aumenta en
tiempo que el adulto	entrevistados mencionaron el tiempo	general en la persona mayor
mayor con demencia	que el adulto mayor con demencia (...’’	(Anexo 2: E1, P79)
utiliza	utiliza para alimentarse aumenta a	E.2: ‘‘Depende, a
alimentarse	medida que avanza la enfermedad es	medida que progresa la
aumenta a medida	lo siguiente:	demencia (...’’
que avanza la	Aumenta en general, a	(Anexo 2:
enfermedad?	E2, P83)	
Justifique su	medida que la demencia progresa, si	E.5 ‘‘El tiempo
respuesta	aumenta porque implica el proceso	aumenta debido a que la
	cognitivo voluntario en el cual se	alimentación implica un
	implica la atención, desinterés por la	proceso cognitivo voluntario
	comida.	en el cual la atención está
		implicada (...’’
		(Anexo 2: E5,
		P96)
		E.6: ‘‘Si,
		generalmente aumentan los
		tiempos, por fatiga
		generalmente asociado a la
		edad y desinterés por la
		comida’’
		(Anexo 2: E6,
		P100).

11.- El Los profesionales E.1: “Si va tiempo que demora entrevistados mencionaron en aumentando a medida que en deglutir el relación a la demora en deglutir lo avanza la disfagia o la usuario con siguiente: demencia (...)” (Anexo 2: E1, P79)

demencia se hace Aumenta a medida que mayor a medida que avanza la demencia, aumenta el E.4: “Sí, cuando hay esta avanza, ¿esta tiempo de la etapa preparatoria oral y efecto roll on (rolling)” variable puede ser desencadenamiento del reflejo (Anexo 2: E4, P92) un indicador de deglutorio y la respuesta motora disfagia? ¿Por qué? orofaríngea depende de la E.5: “(...) pero el tiempo de la respuesta motora orofaríngea depende principalmente de la consistencia y el estado neuromuscular de la persona. Además de si está presente el efecto rolling. consistencia y del estado neuromuscular de la persona” (Anexo 2: E5, P96)

12.- ¿Qué Las estrategias E.2: “Utilizar estrategias de mencionadas por los profesionales oxímetro para medir evaluación son entrevistados para identificar saturación, auscultación utilizadas para disfagias silenciosas son: cervical constante, fonación identificar posibles Métodos subjetivos como: post ingesta” (Anexo 2: E2, P84)

signos de disfagia Auscultación cervical constante, E.6: “Estos signos silenciosas en un fonación post ingesta, medición de la para aspiraciones silentes solo usuario con saturación de oxígeno y métodos para aspiraciones silentes solo demencia? objetivos como: videofluoroscopia y se pueden determinar FEES (evaluación fibroscópica de la mediante evaluaciones deglución). objetivas como

videofluoroscopia o FEES”

[Anexo 2: E6, P100)

13.- ¿Todos los pacientes con demencia tienen el mismo patrón de dificultades cuando presentan una disfagia? ¿Por qué?	Todos los profesionales entrevistados respondieron No, entregando estos fundamentos: Todo depende del usuario, de la zona cerebral afectada y del tipo de demencia, cada persona tiene una línea de vida única, no se puede generalizar con las demencias y que existen variables anatómicas y/o funcionales que influyen en las dificultades de la persona.	E.1: “No, todo depende del usuario y del tipo de demencia ” (Anexo 2: E1, P80) E.5: “No. hay otras variables personales involucradas como puede ser anatómicas y/o funcionales lo que influirá en las dificultades presentadas por la persona” (Anexo 2: E5, P96)
---	---	--

14.- ¿La demora en gatillar el reflejo de deglución es un signo de disfagia? Respecto a si la demora en gatillar el reflejo de deglución es un signo de disfagia los profesionales entrevistados mencionaron lo siguiente:

E.1: “Si, porque es una respuesta sensitiva retardada, lo que conlleva a una **reducción de la protección de la vía aérea**”
(Anexo 2: E1, P80)

Si es un signo de disfagia, ya que la demora en gatillar el reflejo de deglución reduce la protección de la vía aérea, puede alterar la seguridad y eficacia de la alimentación, la demora en la acción de deglutir puede ser de origen neurológico.

E.5: “(...) si hay demora en la acción de deglutir podríamos estar frente a una dificultad de origen neurológico” (Anexo 2: E5, P96)

15.- ¿Existen aspectos neurológicos o motores asociados a la demencia que interfieren en la alimentación del paciente? (Por ejemplo: alteración de tono muscular, entre otros) Los aspectos mencionados por los profesionales entrevistados son:

Las alteraciones cognitivas, conductuales, motoras y sensitivas pueden afectar la alimentación, alteraciones del tono muscular y dificultad motora, aspectos neurológicos dependen del tipo de demencia.

E.1: “Las alteraciones cognitivas, conductuales, motoras y sensitivas asociadas a la demencia **pueden afectar el proceso de alimentación**”
(Anexo 2: E1, P80)

E.6: “Creo que aspectos neurológicos dependerá del tipo de demencia. En torno a los problemas motores, dependerán a la prevalencia de otros trastornos (...)” (Anexo 2: E6, P101)

16.- ¿Qué Los trastornos asociados a **E.1: “El estado de**
trastornos asociados la demencia que pueden proporcionar **vigilia** es indispensable para
a la demencia una disfagia, mencionados por los iniciar la alimentación (...)”
pueden propiciar profesionales entrevistados son: (Anexo 2: E1, P80)

una disfagia? Por
ejemplo: la atención, Los trastornos del ciclo **E.2: “Trastornos del**
vigilia, etc. sueño-vigilia, trastornos de la ciclo **sueño-vigilia //**
 alimentación y los trastornos **trastornos de la**
 sensoriales. **alimentación.”** (Anexo 2: E2,
 P 85)

E.3: “Estado de
vigilia (...)” (Anexo 2: E3,
 P89)

E.5: “(...) trastornos
sensoriales” (Anexo 2: E5, P
 97)

E.6: “(...) déficit del
estado de alerta/vigilia,
trastornos sensoriales.”
 (Anexo 2: E6, P101)

17.- ¿Los Todos los profesionales E.1: “(...) pueden medicamentos entrevistados respondieron “Sí”, afectar la **vigilia, la atención, pueden influir en el** mencionando los siguientes disminuir la **salivación.**” **proceso de deglución** fundamentos: (Anexo 2: E1, P 80)

del usuario con Los medicamentos pueden E.2: “Sí// pueden demencia? ¿Por afectar el estado de vigilia, influir en generar efectos adversos// la atención y pueden producir entre ellos cambios en **estado** disminución en la producción de **de conciencia** (...)” (Anexo 2: saliva. E2, P 85)

E.3: “(...) **estado de vigilia disminuido.**” (Anexo 2: E3, P89)

E.5: “Sí// **disminución de la atención, somnolencia, sequedad de la boca**” (Anexo 2: E5, P97)

E.6: “(...) **disminuye la producción de saliva,** generando resequead en la boca.” (Anexo 2: E6, P101)

18.-Si el En relación con el rechazo E.1: “Si, porque
paciente presentó del usuario a la hora de comer, los **afectaría la eficacia**// si se
rechazo a la hora de profesionales entrevistados mantiene no podría ingerir la
comer ¿es un mencionaron: totalidad de calorías e
indicador de hidratación necesarias.”
disfagia? Justifique Podría ser un indicador de (Anexo 2: E1, P81)
su respuesta disfagia, debido a que afectaría la
eficacia. También va a depender de E.2: “Depende de la
cada caso y usuario, ya que puede causa, si el rechazo está
estar relacionado con la dificultad de relacionado a la **dificultad de**
preparación del bolo, malestares **preparación del bolo** o
gastrointestinales, a cambios **malestares**
conductuales, síntomas **gastrointestinales**// a
neuropsiquiátricos, cognitivos o que **cambios conductuales** o
el proceso de alimentación está **síntomas neuropsiquiátricos**,
siendo afectado por la demencia. Por todo varía con el contexto de
otro lado, el rechazo a la hora de cada caso.” (Anexo 2: E2,
comer podría estar ocasionado por la P85)
demencia.

E.3: “(...) se debe
evaluar. Puede ser que
presente depresión u otra
alteración (...)” (Anexo 2: E3,
P89)

E.4: “Si, solo por
evitar ahogarse o por haber
presentado ya una experiencia
previa.” (Anexo 2: E4, P93)

E.5: “No. El rechazo a la hora de comer es una limitación ocasionada por la demencia (...)” (Anexo 2: E5, P97)

E.6: “Generalmente los rechazos se deben a **problemas cognitivos**// Es un indicador de que **el proceso de alimentación está siendo afectado por la demencia.**” (Anexo 2: E6, P101)

19.- Indique qué factores son facilitadores (para prevenir la disfagia) de la disfagia a la hora de la alimentación del paciente (por ejemplo: tamaño de la cuchara, postura en la que se alimenta, textura del alimento, entre otras). Justifique su respuesta en cada caso.	Los factores facilitadores de disfagia durante la alimentación del usuario mencionados por los profesionales entrevistados son: Mantener una postura de alimentación adecuada, debido a que favorece el tránsito orofaríngeo e influye en el riesgo de aspiración de alimento. El tamaño de los utensilios, ya que se relaciona con el volumen del alimento a ingerir. La consistencia de los alimentos, la cual influye en la formación del bolo y en la velocidad de administración del alimento. Por último, la velocidad de administración del alimento, puesto que es un factor que puede influir en los signos de penetración y aspiración.	E.1: “Una postura adecuada// el tamaño de la cuchara (...)” (Anexo: E1, P81) E.2: “Consistencia del alimento// tamaño de los utensilios.” (Anexo 2: E2, P85) E.3: “Postura de alimentación// tamaño de utensilio// consistencia del alimento// velocidad de administración del alimento (...)” (Anexo 2: E3, P90) E.4: “(...) volumen de ingesta.” (Anexo 2: E4, P93) E.5: "Utensilios// postura asimétrica// consistencia de los alimentos (...)” (Anexo 2: E5, P97) E.6: “Texturas de comida, horarios de alimentación// y consistencias (...)” (Anexo 2: E6, P102)
---	---	---

20.-Si tiene Los aportes mencionados **E.1:** “Recaltar los otro aporte que sea por los profesionales entrevistados **signos clínicos para los** relevante para la que son más relevantes para crear la **cuidadores (...).**” (Anexo 2: creación de esta guía son: E1, P81)

guía, agradecemos que lo escriba en el siguiente espacio.

Recaltar signos clínicos a **E.2:** “Considerar la los cuidadores, considerar la opinión **opinión del usuario y** en lo de la familia, debe ser simple y de posible a la **familia//** debe ser fácil aprendizaje, se debería **simple y de fácil** ejemplificar clínicamente al realizar **aprendizaje.**” (Anexo 2: E2, las preguntas a la familia o P85)

cuidadores, que sea aplicable por todo **E.4:** “(...) **aplicable** funcionario de la salud, que considere **para todo funcionario de** técnicas de alimentación específicas y **salud.**” (Anexo 2: E4, P95) la higiene oral.

E.5: “Hay **técnicas de alimentación específicas** (...)” (Anexo 2: E5, P97)

E.6: “La **higiene oral**, debe ser un punto a tocar en la guía (...)” (Anexo 2: E1, P102)

De acuerdo a lo anterior, es posible realizar un análisis de los resultado donde se evidencia que los signos y síntomas más comunes de disfagia en pacientes que padecen demencia mencionados por los entrevistados fueron la tos, atragantamiento, aumento del tiempo de alimentación (en la fase preparatoria oral), residuos de alimento (post deglutorios), anapetencia y pérdida de peso. Respecto a los trastornos asociados a la demencia que pueden desencadenar disfagia son, trastornos del ciclo sueño-vigilia, trastornos de la alimentación y

os trastornos sensoriales. Por último, los factores para prevenir la disfagia a la hora de alimentar al paciente son, mantener una postura de alimentación adecuada, el tamaño de los utensilios, la consistencia de los alimentos, y la velocidad de administración del alimento.

CAPÍTULO V. DISCUSIÓN

En el siguiente capítulo se detallan e interpretan los aspectos relacionados a la discusión de la presente investigación “Guía de evaluación para la detección precoz de la disfagia en pacientes con demencia para ser utilizada por sus cuidadores”. Por consiguiente, se realiza una comparación y análisis entre los hallazgos obtenidos a través de la entrevista autoadministrada a profesionales fonoaudiólogos y nutricionistas, para contrastarla con la información descrita en el Capítulo II correspondiente al marco teórico.

De acuerdo con la fundamentación teórica y a los resultados obtenidos se puede desprender que existen signos que son indicadores de una posible disfagia en un paciente con demencia. Dentro de ellos se encuentra el aumento en el tiempo de alimentación, la presencia de tos, la retención o residuos de alimentos dentro de la cavidad oral, la pérdida de peso, deshidratación y atragantamiento (Gómez-Busto, et al., 2009). Estos indicadores concuerdan con lo descrito por los profesionales, por lo tanto, es necesario que sean incluidos en la guía de evaluación, ya que los entrevistados hacen referencia a que los signos anteriormente mencionados, son los más relevantes y notorios para detectar precozmente la disfagia. Es más, la mayoría de ellos menciona que es importante que el cuidador preste atención a ciertos aspectos del proceso de alimentación para detectar previamente la disfagia, específicamente refiriéndose al tiempo de alimentación, tos, residuos orales, atragantamiento y rechazo de alimentos. Además, los profesionales también señalan que la demora en gatillar el reflejo deglutorio se considera un signo de disfagia, por lo tanto, es un aspecto que debe ser considerado en la guía de evaluación.

Según Gea (2019), frente a cualquier sospecha de alteración en el proceso deglutorio, es esencial realizar exploraciones clínicas y pruebas diagnósticas debido a que en las fases más avanzadas de la demencia suelen aparecer trastornos de la alimentación. Los profesionales mencionan que se debe solicitar y/o realizar evaluaciones clínicas para posteriormente, modificar la consistencia de los alimentos y, de esta manera, educar a la familia y cuidadores del paciente con demencia. Por lo tanto, es uno de los elementos que debe estar presente en la guía de evaluación.

Por otro lado, dentro de los protocolos de evaluación de disfagia el Gugging Swallowing Screen (GUSS) es una herramienta que evalúa la capacidad de deglución de saliva,

texturas semisólidas, líquidas y sólidas, donde se puede obtener información de forma directa sobre la deglución con diferentes texturas, como es el caso de los alimentos sólidos, en la cual se observa su destreza y tiempo que tarda en deglutir, asignando puntuación si presenta síntomas, como tos, carraspeo, sialorrea o cambios en la voz (Burgoa, 2019). Esto se relaciona con lo descrito por los entrevistados, ya que mencionaron que es uno de los instrumentos más utilizados para detectar de manera precoz la disfagia en un paciente con demencia.

Otro punto abordado por los especialistas guarda relación con los cambios en el proceso deglutorio en los pacientes con demencia, ya que dependerá del tipo de demencia que afecta al usuario. En el caso de demencias vasculares, los cambios se presentan de manera brusca, mientras que, en las demencias asociadas a Parkinson, estos suelen ser progresivos. Dentro de estos cambios el paciente presenta mayor tiempo en mantener el alimento en la cavidad oral, como también pérdida de fases volitivas y falta de interés para comer. Por otro lado, los profesionales consideran que pueden tener cambios declinantes principalmente en la etapa anticipatoria, como en la preparatoria y faríngea, donde se ve afectado el control del bolo y factores como la baja tolerancia a la alimentación, además de los cambios conductuales y la disminución sensorial que pueden influir en la calidad de la deglución.

El patrón de dificultades que podría presentar un usuario en relación con la disfagia depende de múltiples factores, como la zona cerebral afectada, las variables anatómicas y funcionales (Vargas, 2019). De acuerdo con esto, los profesionales entrevistados consideran que el tipo de demencia es importante para determinar en qué aspectos de la deglución el paciente presenta dificultades. En relación con esto la mayoría de los profesionales concuerdan en que existen aspectos asociados a la demencia que pueden afectar la alimentación del paciente, como problemas de origen cognitivo, motor y/o sensitivo. El aspecto más frecuente mencionado por los entrevistados es la alteración en el tono muscular, que se relaciona con un aumento o disminución de éste pudiendo influir en la eficacia del proceso deglutorio.

Además, las consistencias de los alimentos en los pacientes con demencia van cambiando debido a que presentan alteraciones en la deglución a medida que ésta avanza, pudiendo experimentar de forma gradual y progresiva dificultad para deglutir alimentos líquidos y sólidos; fríos o calientes, que pueden agravar el problema (d'Hyver y Gutiérrez, 2014). Lo descrito anteriormente se correlaciona con este estudio, ya que los profesionales

entrevistados argumentan que las consistencias van cambiando a medida que evoluciona la demencia, es decir, los líquidos van aumentando su viscosidad, se reducen los líquidos finos al igual que los sólidos cambiando a papilla. También hacen mención de que las consistencias con las que comienzan a presentar dificultades son los líquidos, líquidos finos y los sólidos.

En relación con los factores que determinan la evolución de la disfagia, los profesionales entrevistados consideran que tanto la causa de la demencia, como el manejo de esta, la progresión del cuadro de base, enfermedades crónicas, los síntomas neuropsiquiátricos y la polifarmacia, son claves en esto. Específicamente, y haciendo referencia a los medicamentos utilizados por usuarios con demencia, estos pueden afectar el estado de vigilia, disminuir la producción salival (xerostomía) e influir en la atención. Por las razones anteriormente mencionadas y la opinión de los profesionales, esto influye de manera directa en el proceso deglutorio del paciente, considerándose que es un aspecto sumamente importante a tener en cuenta por parte de los cuidadores de pacientes con demencia y, por lo tanto, debe ser nombrado en la guía de evaluación.

Respecto al tiempo que el adulto mayor con demencia utiliza para alimentarse, especialmente en las primeras etapas, suele ser mayor, ya que existe un retraso del proceso deglutorio (Sura, et al., 2012). De acuerdo con esto, los profesionales entrevistados están de acuerdo mencionando que el tiempo de alimentación aumenta en general en el adulto mayor y, además, a medida que la demencia progresa. Es más, mencionan que existe demora en la etapa preparatoria oral y en el desencadenamiento del reflejo deglutorio, además de presencia del efecto rolling.

En el análisis de la identificación de disfagia silenciosa, Baena y Molina (2016) mencionan que se ha demostrado que las evaluaciones clínicas pueden ser insuficientes para identificar penetraciones silenciosas y aspiraciones, por lo que se hace necesaria la confirmación por examinación videofluoroscópica u otra prueba clínica, las cuales son de difícil aplicación y de alto costo. Esto concuerda con algunas de las estrategias que mencionan los profesionales respecto a los métodos objetivos, como es el caso de la videofluoroscopia y FEES (evaluación fibroscópica de la deglución). Sin embargo, los métodos objetivos son aspectos que no pueden ser incluidos en la guía debido a que son evaluaciones que necesariamente deben ser aplicadas por profesionales especialistas y, además, no están al alcance de todas las personas por su alto costo.

Según Gea (2019), en las fases más avanzadas de la demencia suelen aparecer trastornos de la alimentación, por lo que es esencial una evaluación eficaz para una detección precoz y así evitar mayores complicaciones. Esto se relaciona con lo que hace mención uno de los profesionales en la entrevista, el cual señaló que los trastornos de alimentación asociados a la demencia pueden generar una disfagia. Por lo tanto, es importante que ese indicador sea incorporado dentro de la guía de evaluación.

En relación con el rechazo del usuario a la hora de comer, algunos de los profesionales entrevistados mencionaron que podría ser un indicador de disfagia, ya que afectaría la eficacia al mantenerse en el tiempo al no ingerir la totalidad de calorías e hidratación necesaria. Por otro lado, mencionan que va a depender de cada caso y usuario, ya que puede estar relacionado con la dificultad de preparación del bolo, malestares gastrointestinales, cambios conductuales, síntomas neuropsiquiátricos, cognitivos o que el proceso de alimentación está siendo afectado por la demencia. Además, mencionan que el rechazo a la hora de comer podría estar ocasionado por la demencia.

Baena y Molina (2016), señalan que el fonoaudiólogo participa en la prevención de la disfagia, donde se pueden utilizar diferentes estrategias terapéuticas, como las posturales, ya que son las que presentan mayor evidencia de que exista mejor control del paciente durante su alimentación. Esto coincide con lo descrito por tres de los profesionales entrevistados cuando mencionan que se debe mantener una postura adecuada durante la alimentación, ya que favorece el tránsito orofaríngeo y disminuye el riesgo de aspiración de alimento.

Por otro lado, los profesionales entrevistados hacen énfasis en que los cuidadores distingan de manera oportuna los signos clínicos anteriormente mencionados, como el tiempo de alimentación, tos, residuos orales, atragantamiento y rechazo de alimentos. Además, consideran importante incorporar la opinión de la familia sobre la deglución del paciente, como también técnicas de alimentación específicas y de higiene oral.

Por consiguiente, y para finalizar, la elaboración de esta guía es muy importante para los cuidadores, ya que de esta manera podrán visualizar los signos y síntomas que pueden detectar de manera precoz en un usuario que tiene una disfagia, con el fin de lograr una intervención oportuna y temprana, evitando complicaciones que derivan de ella como: la deshidratación, desnutrición y en casos más severos, neumonía a causa de aspiraciones

broncopulmonares y penetración de alimentos. Sumado a lo anterior, las opiniones de los profesionales permiten visualizar y dar a conocer aspectos que en la literatura no se encuentran, debido a que desde su experticia clínica pueden observar diferentes factores que se presentan en varios de los pacientes con demencia y signos de disfagia.

CAPÍTULO VI. CONCLUSIÓN

A partir de lo expuesto anteriormente y de los resultados de los análisis realizados en este seminario de investigación, se puede concluir que se logró el objetivo planteado en la presente investigación, debido a que se obtuvieron parámetros relevantes para la creación de la guía de detección precoz de la disfagia para cuidadores de pacientes con demencia. Los parámetros obtenidos apuntan a los principales signos que se evidencian en un usuario con demencia que presenta disfagia y que lograron obtenerse mediante una entrevista semiestructurada y autoadministrada, realizada a diferentes profesionales fonoaudiólogos y nutricionistas con experticia en el área.

Esta investigación hace un importante aporte para el sistema de salud, ya que con esta guía de evaluación precoz de la disfagia se pueden detectar a tiempo los signos de aspiración y penetración de alimentos a la vía aérea, y de esta manera prevenir enfermedades respiratorias. Además de ayudar a obtener un diagnóstico precoz de disfagia en los adultos mayores con demencia, lo que permite una alimentación de forma segura sin peligro de comprometer la vía aérea y del mismo modo mantener la vía de alimentación normal para obtener todos los nutrientes necesarios para el organismo. También es importante mencionar que la guía es de fácil aplicación y se encuentra redactada con un lenguaje comprensible, ya que está elaborada para ser utilizada por el cuidador sólo con la observación de las conductas del adulto mayor.

Durante la investigación surgieron algunas limitaciones, como el acceso a los profesionales al momento de realizar los contactos pertinentes. Además, al ser una entrevista por medio de Google forms, ciertas respuestas se encontraron incompletas y/o no fueron respondidas en su totalidad a la pregunta planteada, lo cual se pudo haber evitado al realizarse de manera presencial. Asimismo, para los profesionales entrevistados pudo ser complejo plantear las dudas que pudieran tener respecto a alguna de las preguntas, puesto que muchas de ellas tenían un enfoque específicamente fonoaudiológico y para los nutricionistas, por ejemplo, pudo haber sido una limitante.

La guía de la detección precoz de la disfagia considera diferentes indicadores que permiten detectar de manera temprana la disfagia, siendo los más observables: la tos, carraspeo, atragantamiento, deshidratación, pérdida de peso, preferencias por algunas

consistencias, el rechazo de algunas comidas y cambios de conducta. En base a los expresado por los profesionales, todos estos factores se valoran de la siguiente manera: Si presenta la opción “Siempre” en uno o más ítems del 1 al 7 hay riesgo de disfagia; Si presenta la opción “Siempre” en dos o más ítems del 8 al 15 hay riesgo de disfagia; Si presenta la opción “A veces” en dos o más ítems del 1 al 7 hay riesgo de disfagia; Si presenta la opción “A veces” en tres o más ítems del 8 al 15 es riesgo de disfagia; y finalmente Si presenta la opción “Nunca” en cuatro o más ítems del 1 al 15 no hay riesgo de disfagia.

En relación con las proyecciones, debido a la situación actual de la pandemia en el país, no se pudo realizar un pilotaje de la guía de evaluación para identificar posibles mejoras en la aplicación de ésta, sin embargo, su aplicación podría ser útil en futuras investigaciones en el área. También la validación de esta guía sería de gran importancia, ya que puede ser aplicada por los cuidadores y ser implementada en la práctica clínica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Atencio, D., Blanco, A., & Otero, W. (2015). *Gastrostomía endoscópica percutánea en ancianos: indicaciones, seguridad y desenlaces*. Revista Colombiana de Gastroenterología, 30(1), pp.3-10. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-99572015000100002&lng=en&tlng=es.
- Arriola, E., Fernández, C., Barcons, N. (2018). *Disfagia riesgo nutricional en el paciente con demencia: revisión de expertos*. Revista Española de Geriatria y Gerontología, 53, pp.79. Recuperado de: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/playContent/1-s2.0-S0211139X18302816?returnurl=https:%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS0211139X18302816%3Fshowall%3Dtrue&referrer=>.
- Ávila J. (2016). *La demencia*. Madrid: CSIC
- Awano, Ansai, Takata, Soh, Akifusa, Hamasaki, Yoshida, Sonoki, Fujisawa & Takehara. (2012). *Geriatrics*. Recuperado de: https://books.google.cl/books?id=bbqZDwAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=es&source=gs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false.
- Baena, M., y Molina Recio, G. (2016). *Abordaje de la disfagia en enfermos de alzhéimer*. Nutrición Hospitalaria, 33, pp. 739-748. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.20960/nh.286>
- Belozo, M. (2015). *Presbifagia*. Argentina, buenos aires: Universidad de Fasta. Recuperado de: http://redi.ufasta.edu.ar:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/1010/2015_F_006.pdf?sequence=1.
- Burgoa, Sara. (2019). *Escalas de severidad de la disfagia: importancia de su uso en logopedia*. (Trabajo fin de grado). Facultad de Medicina de la Universidad de Valladolid. España. Recuperado de: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/36904/TFG-M-L1633.pdf>

Caballero, J. C., y Benítez, J. (Ed.). (2011). *Manual de atención al anciano desnutrido en el nivel primario de salud*. Madrid: Zahartzaroa.

Campos, C. Guajardo, F. Navarrete B. & Oteiza, T. (2012). *Presencia de presbifagia en adultos mayores institucionalizados y su relación con la calidad de vida*. Santiago de Chile: Universidad de Chile facultad de medicina escuela de fonoaudiología.

Cazalilla, M. (2014). *Efectividad de las intervenciones sobre la disfagia en personas afectadas por enfermedad de alzheimer y otras demencias: una revisión sistemática*. España: Jaén: Universidad de Jaén.

Chía-Chi, C. &[JE1] Roberts, B. L. (2011) *Strategies for feeding patients with dementia*. Am J Nurs, 111(4), pp.36-46. Recuperado de: https://www.nursingcenter.com/journalarticle?Article_ID=1151136&Journal_ID=54030&Issue_ID=1151057.

Chuhuaicura, P., Álvarez, G., Lezcano, M., Arias, A., Dias, F., y Fuentes, R. (2018). Patrones de Deglución y Metodología de Evaluación. Una Revisión de la Literatura. *International journal of odontostomatology*, 12, 388-394. Recuperado de: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2018000400388

Clavé, P. (2012). *Disfagia orofaríngea en el anciano*. Revista Española de Geriatria y Gerontología, 47(4), pp. 139-140. Recuperado de: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-pdf-S0211139X12001217>

Clavé, P. y García, P. (2011). *GUÍA DE DIAGNÓSTICO Y DE TRATAMIENTO NUTRICIONAL Y REHABILITADOR DE LA DISFAGIA OROFARÍNGEA*. Recuperado de: <https://docplayer.es/19445832-Guia-de-diagnostico-y-de-tratamiento-nutricional-y-rehabilitador-de-la-disfagia-orofaringea-editores-dr-pere-clave-civit-dra-pilar-garcia-peris.html>

Cruz-Jentoft, A., Cuesta Triana, F., Gómez-Cabrera, MC., López-Sotod, A., Masanés, F., Matía Martín, P., Serra Rexach, JA, Ruiz Hidalgo, D., Salvá, A., Viña, J., Formiga, F. *La eclosión de la sarcopenia: Informe preliminar del Observatorio de la*

Sarcopenia, Sociedad Española de Geriátría y Gerontología, 2010. Recuperado de: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-la-eclosion-sarcopenia-informe-preliminar-S0211139X10002441>.

Cuellar, L. (2010). *Nutrición enteral: Vías de acceso*. Recuperado de: <https://ebookcentral.proquest.com>.

Da Silva, C. (2017). *Envejecimiento: evaluación e interpretación psicológica*. Recuperado de: <http://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliotecasuvsp/detail.action?docID=5307954>.

d'Hyver, C., Gutiérrez, LM. (2014). *Geriátría*. Recuperado de: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliotecasuvsp/reader.action?docID=3226288&q=geriatria>.

Díaz, L., Torruco, U., Martínez, M. y Varela, M. (2013). *Investigación en Educación Médica*. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/3497/349733228009.pdf>.

Ekberg, O. (2012). *Dysphagia: Diagnosis and treatment (Second edition)*. Recuperado de: https://books.google.cl/books?id=s61qDwAAQBAJ&pg=PA255&lpg=PA255&dq=Ekberg+%26+Feinberg&source=bl&ots=kPmdoqb3V6&sig=ACfU3U26fm_Ohgv7w3zOpO9e5J.

Fonoaudiología UC, Instituto nacional de geriatría (2019). *Fonoaudiología UC e Instituto nacional de geriatría investigan disfagia en adultos mayores con demencia*. Recuperado de: <https://fonoaudiologia.uc.cl/noticias/fonoaudiologia-uc-e-instituto-nacional-de-geriatria-investigan-disfagia-en-adultos-mayores-con-demencia/>. [JE2]

Forster; N. Samaras; G. Gold; D. Samaras, 2011 *Oropharyngeal dysphagia in older adults: A review, European Geriatric Medicine* (2), Issue 6, Pages 356-362. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.eurger.2011.08.007>

Gallardo, L. (2019). *El ABC de los síndromes geriátricos*. Recuperado de: <http://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliotecasuvsp/detail.action?docID=588503>

García-Peris, P., Velasco, C., Frías Soriano. (2012). *Manejo de los pacientes con disfagia*. *Nutrición Hospitalaria*, 5(1), pp. 33-40. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/3092/309226797004.pdf>

Gea, T. (2019). *Disfagia en fases avanzadas de la demencia*. [CESCAP \(Centro Estudios Cuidados y Atención Paliativa\)](http://www.cescap.org/2019/11/21/disfagia-en-fases-avanzadas-de-la-demencia/). Recuperado de <http://www.cescap.org/2019/11/21/disfagia-en-fases-avanzadas-de-la-demencia/>

Gil, P. (2011). *Manual del residente en Geriátría*. Recuperado de: <https://www.segg.es/media/descargas/Acreditacion%20de%20Calidad%20SEGG/CentrosDia/ManualResidenteGeriatria-2.pdf>.

Gómez-Bustos, F; Andia, V; Ruiz de Alegria, L; francés, I, (2009). *Abordaje de la disfagia en la demencia avanzada*. *Revista española de geriatría* Vol. 44. Núm. S2.29-36. Recuperado de DOI: 10.1016/j.regg.2008.07.006

Gómez-Nussbaumer, D., Polanía, E. (2016). Protocolo diagnóstico de la disfagia. *Medicine*, 12, pp.43-45. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541216000068?via%3Dihub>.

Gómez, X., Amblás, J., Lasmarías, C., y Calsina, A., (Ed.). (2018). *Manual de atención integral de personas con enfermedades crónicas avanzadas*. En España: DRK edición.

Guajardo, G. (Ed.). (2015). *La construcción social de las demencias en las personas mayores de la Región Metropolitana*. Santiago de Chile: SENAMA, FLACSO Chile, instituto chileno de terapia Familiar.

Guías Mundiales de la Organización de Gastroenterología. (2014). *Disfagia: Guías y Cascadas Mundiales*. Recuperado de: <https://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/dysphagia-spanish-2014.pdf>.

Hani, A., Bernal, W., Leguizamón, A., Zuluaga, C., Vargas, R., Vergara, H., Ardila, A. y Costa, V. (2017). *Cómo realizar e interpretar una manometría esofágica de alta*

resolución usando la clasificación de Chicago 3.0. Revista Colombiana de Gastroenterología, 32, 369-378. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-99572017000400369&lang=es

Hernández, E., Castellot, L., Tomás, 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, pp.8-15. Recuperado de: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-cientifica-sociedad-espanola-enfermeria-319-articulo-valoracion-disfagia-con-el-test-S201352461830015>

Hernández, R., Fernández, C., Baptista, M., (2014). *Metodología de la investigación sexta edición*. Recuperado de: <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>

Manrique M, Camilo A.; Martínez, J.; Garzón O, Martín A.; Hormaza, N; Lizarazo R, J; Marulanda, J; Molano V; Pinto C, Rey T; Rivera H, D (2013) *Enfermedad de Alzheimer y disfagia. Desarrollo del compromiso deglutorio*. Revista Colombiana de Gastroenterología, vol. 28, núm. 3, pp. 219-224 Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/3377/337731610006.pdf>

Méndez, M., (2015). *Presbifagia*. (Tesis de licenciatura). Facultad de ciencias médicas licenciatura en fonoaudiología, Universidad FASTA, Buenos aires, Argentina. Recuperado de: http://redi.ufasta.edu.ar:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/1010/2015_F_006.pdf?sequence=1.

Miliar de Jesús, R., y Zúñiga Carrasco, R. (2017). *Nudo en la porción distal de la sonda nasogástrica: una complicación poco común posterior a su colocación*. Medicina crítica (Colegio Mexicano de Medicina Crítica), 31(6), 345-347. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-89092017000600345&lng=es&tlng=es.

Ministerio de Salud. (2019). *Manual de Geriatría para Médicos*. Recuperado de: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/08/2019.08.13_MANUAL-DE-GERIATRIA-PARA-MEDICOS.pdf.

Molina, B. Guerra, F. Gutiérrez, R. (2015). *Libro virtual de formación en otorrinolaringología*. Recuperado de: <https://seorl.net/PDF/Laringe%20arbor%20traqueo-bronquial/120%20-%20DISFAGIA%20Y%20ASPIRACI%C3%93N.pdf>

Molina, R., Velasco D., Arroyo L., Solano D., Vargas A. (2011) *Videofibroscopía dinámica de los trastornos de deglución*. Revista Facultad Ciencias de la Salud. Universidad del Cauca Vol 13 (3) Recuperado de: <file:///C:/Users/56984/Downloads/DialnetVideofibroscopiaDinamicaDeLosTrastornosDeDeglucion-5817029.pdf>

Nussbaum, M. & Fisher, J. (2013). *Técnicas en cirugía general: Cirugía gástrica*. Recuperado de: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliotecasuvsp/detail.action?docID=4626457>.

Olivares, C. (2016). *Disfagia en adulto mayor: Revisión de la evidencia en el manejo de la población geriátrica*. (Tesis de maestría). Universidad de Chile, Santiago, Chile. Recuperado de: http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/140955/Disfagia_en_Adulto_Mayor.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Organización mundial de la Salud. (2017). *El número de personas que padecen demencia se triplicará en los próximos 30 años*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/detail/07-12-2017-dementia-number-of-people-affected-to-triple-in-next-30-years>.

Organización mundial de la Salud. (2019). *Demencia*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>.

Ortega Fernández, O., Martín Martínez, A., Cristófol Allue, R., Cabré Roure, M., Clavé Civit, Pere. (2014). Disfagia orofaríngea en el anciano. En Abizanda Soler, P. Rodríguez

Mañas, L. Tratado de medicina geriátrica. Fundamentos de la atención sanitaria a los mayores (pp.400-409). Barcelona, España: Fotoletra, S.A. Recuperado de:

Abizanda Soler, P., Rodríguez Mañas, L. (2014). Tratado de medicina geriátrica. Fundamentos de la atención sanitaria a los mayores. Recuperado de:

<https://www.clinicalkey.es/#!/browse/book/3-s2.0-C2017002671X>.

Ortiz, J., y Silver, E. (2016) *El ABC de la cirugía: esófago, estómago, duodeno*, Editorial Alfil, S. A. de C. V. ProQuest Ebook Recuperado de: <http://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliotecasuvsp/detail.action?docID=5884990>.

Patiño-Hernández, D., Borda, G., Venegas, L., Chavarro-Carvajal, D., y Cano-Gutiérrez, C. (2016) *Disfagia sarcopénica*. Revista Colombiana de Gastroenterología, 31, 418-423. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-99572016000400012&lng=en&tlng=es.

Pereira Cunill, J. L., y García Luna, P. P. (2010). *Gastrostomía endoscópica percutánea*. Revista Española de Enfermedades Digestivas, 102(10), 609. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082010001000010&lng=es&tlng=es.

Prieto E. et al. (2016). *Disfagia y estado nutricional en ancianos institucionalizados*. GEROKOMOS, 27 (4), pp. 147-152. Recuperado de: file:///C:/Users/Equipo/Desktop/tesis/04_originales3.pdf.

Rodríguez, R. y Gutiérrez, L. (2013). *Longevidad y sus implicaciones*. Recuperado de: <http://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliotecasuvsp/detail.action?docID=3220109>.

Saucedo, M., (2016). *Validación de la versión Española del EDINBURGH FEEDING EVALUATION IN DEMENTIA SCALE para la valoración del patrón de alimentación en personas mayores con demencia*. Málaga: Publicaciones y Divulgación Científica. Universidad de Málaga.

Suárez-Escudero, J., Rueda, Z. y Orozco, A. (2017). *Disfagia y neurología: ¿una unión indefectible*. Colombia: Acta de neurología.

Sue Eisenstadt E. (2010) *Dysphagia and aspiration pneumonia in older adults*. J Am Acad Nurse Pract. 17-22. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20074192/>

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. Recuperado de: <https://doi.org/10.2147/CIA.S23404>

Toledo-Rodríguez, L., Tobar-Fredes, R., Tapia-Saavedra, S., Jofré A., Lizama O., Luchsinger V., Vásquez C. (2015). *Calidad de vida de pacientes con disfagia como consecuencia de trastornos del movimiento de origen neurológico*. Repositorio Universidad de Chile. Recuperado de:

<http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/138239/Jofr%C3%A9%20Lizama%20Luchsinger%20V%C3%A1squez%20Yalul.pdf.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Vargas M. (2019). *Perfil espectrográfico de la deglución normal en el adulto*. Scielo, 36 (2), pp. 412-419. Recuperado de:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0212-16112019000200412

Veitía, Guillermo. (2009). *Disfagia orofaríngea*. Gen, 63(4), 302-307. Recuperado de:

http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-35032009000400014&lng=es&tlng=es.

ANEXOS

**Anexo 1: Entrevista autoadministrada a profesionales
Fonoaudiólogos y Nutricionistas.**

Preguntas

1. Según su experiencia en el área, ¿cuáles son los signos y síntomas más comunes de disfagia en pacientes que padecen demencia?
2. Si usted observa un grado de disfagia en un paciente con demencia, ¿cuáles serían las directrices a seguir en un caso de esta naturaleza? (según su especialidad y experiencia).
3. ¿Qué instrumentos de evaluación considera usted más relevantes para detectar de manera precoz la disfagia en un paciente con demencia? ¿Qué protocolo puede aplicar como profesional?
4. ¿En qué aspectos del proceso de alimentación del paciente se debe fijar el cuidador para detectar la disfagia?
5. ¿Cuáles cambios en los hábitos de alimentación se ven en los pacientes con demencia en comparación con adultos mayores?
6. ¿Cómo se dan los cambios en el proceso de deglución en los usuarios con demencia?
7. ¿La consistencia de los alimentos en un adulto mayor con demencia cambia a medida que esta avanza?

8. ¿Con qué tipos de consistencias, comienzan a presentar dificultades en la deglución los adultos mayores con demencia? (líquidos, néctar, pudín, sólidos).
9. ¿Cuáles serían los factores que determinan la evolución de la disfagia de un usuario con demencia?
10. ¿El tiempo que el adulto mayor con demencia utiliza para alimentarse aumenta a medida que avanza la enfermedad? Justifique su respuesta.
11. El tiempo que demora en deglutir el usuario con demencia se hace mayor a medida que esta avanza, ¿esta variable puede ser un indicador de disfagia? ¿Por qué?
12. ¿Qué estrategias de evaluación son utilizadas para identificar posibles signos de disfagia silenciosas en un usuario con demencia?
13. ¿Todos los pacientes con demencia tienen el mismo patrón de dificultades cuando presentan una disfagia? ¿Por qué?
14. ¿La demora en gatillar el reflejo de deglución es un signo de disfagia? ¿Por qué?
15. ¿Existen aspectos neurológicos o motores asociados a la demencia que interfieren en la alimentación del paciente? Por ejemplo; alteración de tono muscular.
16. ¿Qué trastornos asociados a la demencia pueden propiciar una disfagia? Por ejemplo: la atención, vigilia, etc.
17. ¿Los medicamentos pueden influir en el proceso de deglución del usuario con demencia? ¿Por qué?

18. Si el paciente presentó rechazo a la hora de comer ¿es un indicador de disfagia?
Justifique su respuesta.
19. Indique qué factores son facilitadores de la disfagia a la hora de la alimentación del paciente (por ejemplo: tamaño de la cuchara, postura en la que se alimenta, textura del alimento, entre otras). Justifique su respuesta en cada caso.
20. Si tiene otro aporte que sea relevante para la creación de esta guía, agradecemos que lo escriba en el siguiente espacio.

Anexo 2: Bitácora de campo

Entrevistado 1: Y. R.N

Profesión: Fonoaudióloga.

Establecimiento de trabajo: Universidad de Valparaíso San Felipe.

Años de experiencia: 12 años.

1.- T: Según su experiencia en el área, ¿cuáles son los signos y síntomas más comunes de disfagia en pacientes que padecen demencia?

E: Pérdida de peso, tos, apraxia deglutoria, aumento del tiempo de alimentación.

2.- T: Si usted observa un grado de disfagia en un paciente con demencia, ¿cuáles serían las directrices a seguir en un caso de esta naturaleza? (según su especialidad y experiencia).

E: Realizo evaluación clínica, si requiere GTT derivó a examen instrumental.

3.- T: ¿Qué instrumentos de evaluación considera usted más relevantes para detectar de manera precoz la disfagia en un paciente con demencia? ¿Qué protocolo puede aplicar como profesional?

E: Un protocolo de evaluación clínica (Protocolo SEF).

4.- T: ¿En qué aspectos del proceso de alimentación del paciente se debe fijar el cuidador para detectar la disfagia?

E: En los signos clínicos: tos, aumentos de tiempos de alimentación, residuos orales.

5.- T: ¿Cuáles cambios en los hábitos de alimentación se ven en los pacientes con demencia en comparación con adultos mayores?

E: Rechazo alimentario, modificación drástica de consistencia de alimentos.

6.- T: ¿Cómo se dan los cambios en el proceso de deglución en los usuarios con demencia?

E: Depende de la demencia, en el caso de los pacientes con DTA o demencia asociada a Parkinson los cambios son progresivos, en la demencia vascular son bruscos.

7.- T: ¿La consistencia de los alimentos en un adulto mayor con demencia cambia a medida que esta avanza?

E: Si, se va aumentando la viscosidad de los líquidos y reduciendo los sólidos.

8.- T: ¿Con qué tipos de consistencias, comienzan a presentar dificultades en la deglución los adultos mayores con demencia? (líquidos, néctar, pudín, sólidos).

E: El paciente con cuadros neurológicos por lo general se afectan los líquidos finos.

9.- T: ¿Cuáles serían los factores que determinan la evolución de la disfagia de un usuario con demencia?

E: La causa de la demencia, el manejo de la disfagia, apoyo familiar.

10.- T: ¿El tiempo que el adulto mayor con demencia utiliza para alimentarse aumenta a medida que avanza la enfermedad? Justifique su respuesta.

E: Aumenta en general en la persona mayor, más en pacientes con demencia. Por pérdida del apetito o disminución de parámetros sensitivo-motores. Respuesta retardada del reflejo motor oral, signo de rolling en el Parkinson, hipomotilidad orolingual o faríngea.

11.- T: El tiempo que demora en deglutir el usuario con demencia se hace mayor a medida que esta avanza, ¿esta variable puede ser un indicador de disfagia? ¿Por qué?

E: Si va aumentando a medida que avanza la disfagia o la demencia. La disfagia por lo mencionado en el punto 10 y, además, por aspectos cognitivos y conductuales. Para la alimentación se requiere un estado de alerta que se ve reducido a medida que aumenta la demencia. Asimismo, factores conductuales pueden enlentecer el proceso de alimentación.

12.- T: ¿Qué estrategias de evaluación son utilizadas para identificar posibles signos de disfagia silenciosas en un usuario con demencia?

E: La desaturación de oxígeno, que, aunque es controversial aún se utiliza como complemento en la evaluación.

13.- T: ¿Todos los pacientes con demencia tienen el mismo patrón de dificultades cuando presentan una disfagia? ¿Por qué?

E: No, todo depende del usuario y del tipo de demencia.

14.- T: ¿La demora en gatillar el reflejo de deglución es un signo de disfagia? ¿Por qué?

E: Si, porque es una respuesta sensitiva retardada, lo que conlleva a una reducción de la protección de la vía aérea.

15.- T: ¿Existen aspectos neurológicos o motores asociados a la demencia que interfieren en la alimentación del paciente? Por ejemplo; alteración de tono muscular.

E: Las alteraciones cognitivas, conductuales, motoras y sensitivas asociadas a la demencia pueden afectar el proceso de alimentación.

16.- T: ¿Qué trastornos asociados a la demencia pueden propiciar una disfagia? Por ejemplo: la atención, vigilia, etc.

E: El estado de vigilia es indispensable para iniciar la alimentación, un paciente somnoliento aumenta en un 60% las probabilidades de aspiración, debido a que se reducen las respuestas en todas las etapas de la deglución.

17.- T: ¿Los medicamentos pueden influir en el proceso de deglución del usuario con demencia? ¿Por qué?

E: Si, los medicamentos pueden afectar la vigilia, la atención, disminuir la salivación.

18.- T: Si el paciente presentó rechazo a la hora de comer ¿es un indicador de disfagia? Justifique su respuesta.

E: Si, porque afectase la eficacia, debido a que si se mantiene no podría ingerir la totalidad de calorías e hidratación necesarias.

19.- T: Indique qué factores son facilitadores de la disfagia a la hora de la alimentación del paciente (por ejemplo: tamaño de la cuchara, postura en la que se alimenta, textura del alimento, entre otras). Justifique su respuesta en cada caso.

E: Todos los mencionados. Una postura adecuada favorece el tránsito orofaríngeo, el tamaño de la cuchara permite controlar volúmenes, en cantidades mayores se dificulta el control del bolo, los volúmenes pequeños afectan la sensibilidad para desencadenar el reflejo. A menor viscosidad, avanza más rápido el bolo disminuyendo el tiempo de respuesta y los alimentos sólidos requieren masticación.

20.- T: Si tiene otro aporte que sea relevante para la creación de esta guía, agradecemos que lo escriba en el siguiente espacio.

E: Recaltar los signos clínicos que pueden ser más notorios para los cuidadores como las tos, tiempos de alimentación, residuos orales, baja de peso, entre otros.

Entrevistado 2: A.A.M

Profesión: Fonoaudiólogo.

Establecimiento de trabajo: Universidad de Valparaíso y CEDAM.

Años de experiencia: 3 años.

1.- T: Según su experiencia en el área, ¿cuáles son los signos y síntomas más comunes de disfagia en pacientes que padecen demencia?

E: Por lo general dificultad con consistencias, atragantamiento con alimentos, fármacos o saliva, malestar o rechazo a ciertos alimentos por parte del usuario al momento de

comer, neumonía aspirativa, dificultad de preparación del bolo, cambios en la alimentación asociados a síntomas neuropsiquiátricos.

2.- T: Si usted observa un grado de disfagia en un paciente con demencia, ¿cuáles serían las directrices a seguir en un caso de esta naturaleza? (según su especialidad y experiencia).

E: Evaluar parámetros de seguridad, eficacia, eficiencia, confort y preferencias del usuario y su familia. En función de ello observar la posibilidad de alimentación por vía oral con adaptaciones, vía alternativa de alimentación (SNG, SNY, Gastrostomía) mixta o exclusiva.

3.- T: ¿Qué instrumentos de evaluación considera usted más relevantes para detectar de manera precoz la disfagia en un paciente con demencia? ¿Qué protocolo puede aplicar como profesional?

E: Anamnesis para usuario con demencia - SEF (deglución) - Barthel (grado de dependencia) - CAM-ICU (delirium) - Yesavage (estado emocional) - ACE-R (screening cognitivo) – GDS.

4.- T: ¿En qué aspectos del proceso de alimentación del paciente se debe fijar el cuidador para detectar la disfagia?

E: Contraste entre lo que el usuario comía antes vs presente, adaptación de los alimentos, horarios de alimentación, tiempo de alimentación, si requiere asistencia al momento de comer, cantidad de alimento/agua/fármacos que logra recibir por vía oral, adaptación de utensilios, conducta del usuario al momento de alimentarse, rechazo de alimentos, presencia de tos, cambios en la voz, expresiones faciales al comer, residuos en boca, atragantamientos, preguntar si siente los sabores/olores/colores.

5.- T: ¿Cuáles cambios en los hábitos de alimentación se ven en los pacientes con demencia en comparación con adultos mayores?

E: Cambios conductuales relacionados a la alimentación oral, inapetencia, preferencia por alimentos dulces, tendencia a ingerir poca agua.

6.- T: ¿Cómo se dan los cambios en el proceso de deglución en los usuarios con demencia?

E: Depende de cada persona, edad, el tipo de cuadro demencial que vivencia, la gravedad, antecedentes mórbidos. Por lo general declinantes// en etapa anticipatoria (olores, sabores - a nivel sensorial en general) - etapa preparatoria (demencia más cambios estructurales propios del envejecimiento sea fisiológico o patológico) - etapa faríngea.

7.- T: ¿La consistencia de los alimentos en un adulto mayor con demencia cambia a medida que esta avanza?

E: Por lo general sí.

8.- T: ¿Con qué tipos de consistencias, comienzan a presentar dificultades en la deglución los adultos mayores con demencia? (líquidos, néctar, pudín, sólidos).

E: Es variable, por lo general se presentan dificultades en la preparación del bolo siendo a mi experiencia más observable la dificultad en los sólidos y posteriormente el líquido fino por la alteración del control motor oral. Dependerá del cuadro demencial, es complejo.

9.- T: ¿Cuáles serían los factores que determinan la evolución de la disfagia de un usuario con demencia?

E: Progresión de cuadro de base, enfermedades crónicas no tratadas, polifarmacia, síntomas neuropsiquiátricos.

10.- T: ¿El tiempo que el adulto mayor con demencia utiliza para alimentarse aumenta a medida que avanza la enfermedad? Justifique su respuesta.

E: Depende, a medida que progresa la demencia observamos que la funcionalidad de la persona se ve afectada, alteraciones en las etapas deglutorias, los síntomas

neuropsiquiátricos y las descompensaciones del propio cuadro. Todo lo anterior dificulta el proceso de alimentación traducido en un mayor tiempo de alimentación, en otros casos en usuarios compensados dependientes se logra administrar el alimento de forma rápida.

11.- T: El tiempo que demora en deglutir el usuario con demencia se hace mayor a medida que esta avanza, ¿esta variable puede ser un indicador de disfagia? ¿Por qué?

E: Sí, a medida que avanza la demencia comienzan a presentarse dificultades a nivel general (conducta - síntomas neuropsiquiátricos - trastornos motores/sensoriales asociados - enfermedades crónicas - dependencia severa - sd geriátricos asociados (parte de la información mencionada en los puntos anteriores pueden traducirse como sd geriátricos, es muy extenso pueden investigarlo) que en suma puede generar dificultades en las distintas etapas del proceso deglutorio.

12.- T: ¿Qué estrategias de evaluación son utilizadas para identificar posibles signos de disfagia silenciosas en un usuario con demencia?

E: Utilizar oxímetro para medir saturación - auscultación cervical constante - fonación post ingesta.

13.- T: ¿Todos los pacientes con demencia tienen el mismo patrón de dificultades cuando presentan una disfagia? ¿Por qué?

E: No, cada persona tiene una línea de vida única. No podemos generalizar con algo tan complejo como las demencias.

14.- T: ¿La demora en gatillar el reflejo de deglución es un signo de disfagia? ¿Por qué?

E: Sí, por qué puede alterar parámetros de seguridad, eficacia y/o eficiencia del proceso de deglutorio en la alimentación funcional del usuario. Pensemos en una persona que requiere de alimentarse solo por vía oral presentando dificultades en el reflejo deglutorio, esta requerirá de diversas precauciones para que logre que el proceso sea seguro.

15.- T: ¿Existen aspectos neurológicos o motores asociados a la demencia que interfieren en la alimentación del paciente? Por ejemplo; alteración de tono muscular.

E: Si.

16.- T: ¿Qué trastornos asociados a la demencia pueden propiciar una disfagia? Por ejemplo: la atención, vigilia, etc.

E: Trastornos del ciclo sueño-vigilia, trastornos del ánimo, trastornos de la alimentación, trastornos psicóticos, trastornos cognitivos; Todos ellos diagnósticos psiquiátricos del DSM-V.

17.- T: ¿Los medicamentos pueden influir en el proceso de deglución del usuario con demencia? ¿Por qué?

E: Sí, los fármacos pueden generar diversos efectos adversos o RAM en los individuos entre ellos cambios en estado de conciencia. Por lo general en nuestra realidad de país las personas mayores tienen más de una enfermedad crónica por lo que requieren más fármacos (polifarmacia).

18.- T: Si el paciente presentó rechazo a la hora de comer ¿es un indicador de disfagia? Justifique su respuesta.

E: Depende de la causa, si el rechazo está relacionado a la dificultad de preparación del bolo o malestares gastrointestinales post ingesta (alimentos mal masticados) podría ser el caso. Por otra parte, podría deberse a cambios conductuales o síntomas neuropsiquiátricos, todo varía con el contexto de cada caso.

19.- T: Indique qué factores son facilitadores de la disfagia a la hora de la alimentación del paciente (por ejemplo: tamaño de la cuchara, postura en la que se alimenta, textura del alimento, entre otras). Justifique su respuesta en cada caso.

E: Estado fluctuante de conciencia, consistencia del alimento, viscosidad del alimento, tamaño de los utensilios, agentes ambientales distractores, síntomas neuropsiquiátricos no tratados, mal manejo conductual, presencia de dolor o malestar al momento de alimentarse, ingesta de alimentos que no son del agrado del usuario, educación de la familia con respecto a las dificultades deglutorias del usuario.

20.- T: Si tiene otro aporte que sea relevante para la creación de esta guía, agradecemos que lo escriba en el siguiente espacio.

E: Considerar la opinión del usuario y en caso de que no sea posible a la familia. Si es para el cuidador debe ser simple y de fácil aprendizaje disminuyendo el margen de error.

Entrevistado 3: M.F.C.G

Profesión: Fonoaudióloga

Establecimiento de trabajo: Hospital Geriátrico la Paz de la Tarde.

Años de experiencia: 3 años y medio.

1.- T: Según su experiencia en el área, ¿cuáles son los signos y síntomas más comunes de disfagia en pacientes que padecen demencia?

E: Tos post deglutoria, aumento de tiempo de etapa preparatoria oral, residuos post deglutorios debido a alteración en movimientos linguales.

2.- T: Si usted observa un grado de disfagia en un paciente con demencia, ¿cuáles serían las directrices a seguir en un caso de esta naturaleza? (según su especialidad y experiencia).

E: Educación a familia y/o cuidadores respecto a la deglución, postura, utensilio y forma de alimentación. Luego, si es necesario modificación de consistencia de los alimentos con revaluación.

3.- T: ¿Qué instrumentos de evaluación considera usted más relevantes para detectar de manera precoz la disfagia en un paciente con demencia? ¿Qué protocolo puede aplicar como profesional?

E: Anamnesis con cuidadores y evaluación clínica. En la práctica clínica no aplico protocolos de evaluación, sin embargo, creo que la Pauta Guus es uno de los protocolos que manejo que me parece más apropiado para su utilización.

4.- T: ¿En qué aspectos del proceso de alimentación del paciente se debe fijar el cuidador para detectar la disfagia?

E: En el tiempo que demora en deglutir los alimentos por cucharada y presencia de tos post deglutoria principalmente. Además de si existen síntomas respiratorios recurrentes.

5.- T: ¿Cuáles cambios en los hábitos de alimentación se ven en los pacientes con demencia en comparación con adultos mayores?

E: Dificultades en la utilización del utensilio, en ocasiones deben ser asistidos, desorganización en horarios de comida.

6.- T: ¿Cómo se dan los cambios en el proceso de deglución en los usuarios con demencia?

E: Su afectación es progresiva, desde inicio con tos post deglutoria leve en una consistencia, luego afección de control del bolo en cavidad oral, aumento de tos post deglutoria en más de una consistencia, baja tolerancia a la alimentación y finalmente mantienen el alimento en cavidad oral sin lograr deglutirlo. En todo este proceso se le va asistiendo, manejando postura, velocidad de administración y consistencia.

7.- T: ¿La consistencia de los alimentos en un adulto mayor con demencia cambia a medida que esta avanza?

E: Sí, se va modificando dependiendo de las necesidades. Tanto en líquidos, los cuales son espesados y en sólidos se van moliendo cada vez más hasta llegar a papilla en la mayoría de los casos que he tratado.

8.- T: ¿Con qué tipos de consistencias, comienzan a presentar dificultades en la deglución los adultos mayores con demencia? (líquidos, néctar, pudín, sólidos).

E: Generalmente consultan primero cuando presenta alteración con líquidos. Luego se pesquiza que además hay alteración con sólidos enteros. Esto ya que generalmente los familiares modifican antes los sólidos debido a la falta de piezas dentarias.

9.- T: ¿Cuáles serían los factores que determinan la evolución de la disfagia de un usuario con demencia?

E: Tiempo que transcurre en presentar signos de disfagia, estimulación por parte de la familia y antecedentes mórbidos previos como ACV.

10.- T: ¿El tiempo que el adulto mayor con demencia utiliza para alimentarse aumenta a medida que avanza la enfermedad? Justifique su respuesta.

E: Sí, cada vez va aumentando debido a la falta de control motor oral en el manejo del bolo, apraxia deglutoria y fármacos que utilizan que genera grado de sedación.

11.- T: El tiempo que demora en deglutir el usuario con demencia se hace mayor a medida que esta avanza, ¿esta variable puede ser un indicador de disfagia? ¿Por qué?

E: Sí, se hace mayor a medida que avanza y si es un indicador de disfagia ya que aumenta tiempo de etapa preparatoria oral y desencadenamiento de reflejo deglutorio. Esto puede generar una caída posterior anticipada de alimento y en consecuencia una aspiración. También afecta la nutrición e hidratación del paciente.

12.- T: ¿Qué estrategias de evaluación son utilizadas para identificar posibles signos de disfagia silenciosas en un usuario con demencia?

E: Monitoreo de saturación de oxígeno durante la alimentación, auscultación cervical para ver si hay aumento de secreciones faríngeas post deglución y si estas no son eficientes realizar evaluación instrumental de la deglución.

13.- T: ¿Todos los pacientes con demencia tienen el mismo patrón de dificultades cuando presentan una disfagia? ¿Por qué?

E: No, cada paciente es diferente de otro y además depende del tipo de demencia que padezca (esto diferencia la sintomatología).

14.- T: ¿La demora en gatillar el reflejo de deglución es un signo de disfagia? ¿Por qué?

E: Si, aumenta el riesgo de presentar penetraciones y/o aspiraciones por caída anticipada de alimento (caída por gravedad).

15.- T: ¿Existen aspectos neurológicos o motores asociados a la demencia que interfieren en la alimentación del paciente? Por ejemplo; alteración de tono muscular.

E: Alteración del tono muscular, alteración en el control motor oral, enlentecimiento de los reflejos y apraxia deglutoria.

16.- T: ¿Qué trastornos asociados a la demencia pueden propiciar una disfagia? Por ejemplo: la atención, vigilia, etc.

E: Estado de vigilia disminuido, alteraciones conductuales, depresión.

17.- T: ¿Los medicamentos pueden influir en el proceso de deglución del usuario con demencia? ¿Por qué?

E: Si, pueden generar sedación y por ende reflejos enlentecidos, estado de vigilia disminuido, también pueden generar alteración muscular y sialorrea.

18.- T: Si el paciente presentó rechazo a la hora de comer ¿es un indicador de disfagia? Justifique su respuesta.

E: Es un signo que se debe evaluar. Puede ser que presente depresión u otra alteración y no necesariamente disfagia, sin embargo, es importante de indagar.

19.- T: Indique qué factores son facilitadores de la disfagia a la hora de la alimentación del paciente (por ejemplo: tamaño de la cuchara, postura en la que se alimenta, textura del alimento, entre otras). Justifique su respuesta en cada caso.

E: Postura de alimentación: La postura modifica las vías tanto respiratoria como digestiva por que puede disminuir o aumentar el riesgo de aspiración de alimento. Las más perjudiciales son el decúbito, extensión de cabeza.

Tamaño de utensilio: Se relaciona con el volumen por cada ingesta. A mayor volumen del bolo mayor dificultad presenta.

Consistencia del alimento: La consistencia líquida aumenta el riesgo de aspiración penetración, ya que los reflejos deben ser eficientes para su control. En el caso de los sólidos, estos demandan control motor oral para la formación de bolo cohesivo y posterior deglución. Por lo que se espesa el líquido y se muelen los sólidos.

Velocidad de administración del alimento: el aumento de la velocidad puede generar signos de penetración o aspiración ya que los reflejos se enlentecen, quedan residuos en cavidad oral si es que no son deglutidos antes de dar una próxima cucharada, puede haber descoordinación durante la alimentación.

20.- T: Si tiene otro aporte que sea relevante para la creación de esta guía, agradecemos que lo escriba en el siguiente espacio.

E: Dar ejemplos prácticos a la hora de realizar las preguntas a los cuidadores o familiares ya que por medio de ello se les hace más fácil comprender la pregunta. Además de preguntar la frecuencia de los signos o síntomas también con ejemplos.

Entrevistado 4: C.DC.C

Profesión: Nutricionista

Establecimiento de trabajo: Hospital Geriátrico La paz de la Tarde Limache.

Años de experiencia: 14 años.

1.- T: Según su experiencia en el área, ¿cuáles son los signos y síntomas más comunes de disfagia en pacientes que padecen demencia?

E: Deshidratación, enflaquecimiento, inapetencia aparente, tos.

2.- T: Si usted observa un grado de disfagia en un paciente con demencia, ¿cuáles serían las directrices a seguir en un caso de esta naturaleza? (según su especialidad y experiencia).

E: Comunicar a tratante fono, dar aviso a médico, solicitar evaluación corregir consistencia de alimentación en sólidos y líquidos.

3.- T: ¿Qué instrumentos de evaluación considera usted más relevantes para detectar de manera precoz la disfagia en un paciente con demencia? ¿Qué protocolo puede aplicar como profesional?

E: Observación, anamnesis.

4.- T: ¿En qué aspectos del proceso de alimentación del paciente se debe fijar el cuidador para detectar la disfagia?

E: Aceptación y apetencia, rechazo de alimentos, tos.

5.- T: ¿Cuáles cambios en los hábitos de alimentación se ven en los pacientes con demencia en comparación con adultos mayores?

E: Ahogos, mantener los alimentos en la boca.

6.- T:¿Cómo se dan los cambios en el proceso de deglución en los usuarios con demencia?

E: Variables.

7.- T:¿La consistencia de los alimentos en un adulto mayor con demencia cambia a medida que esta avanza?

E: Si.

8.- T:¿Con qué tipos de consistencias, comienzan a presentar dificultades en la deglución los adultos mayores con demencia? (líquidos, néctar, pudin, sólidos).

E: Sólidos.

9.- T: ¿Cuáles serían los factores que determinan la evolución de la disfagia de un usuario con demencia?

E: Comportamiento área de afectación.

10.- T: ¿El tiempo que el adulto mayor con demencia utiliza para alimentarse aumenta a medida que avanza la enfermedad? Justifique su respuesta.

E: Si. Dependiendo si la actividad la pueden realizar solos o bien requieren de la administración por un tercero.

11.- T: El tiempo que demora en deglutir el usuario con demencia se hace mayor a medida que esta avanza, ¿esta variable puede ser un indicador de disfagia? ¿Por qué?

E: Sí, cuando hay efecto roll on. (rolling)

12.- T: ¿Qué estrategias de evaluación son utilizadas para identificar posibles signos de disfagia silenciosas en un usuario con demencia?

E: Evaluación Fonoaudiólogo, anamnesis, control de temperatura, auscultación.

13.- T: ¿Todos los pacientes con demencia tienen el mismo patrón de dificultades cuando presentan una disfagia? ¿Por qué?

E: No, porque existen diferentes zonas afectadas además de los propios cambios fisiológicos.

14.- T: ¿La demora en gatillar el reflejo de deglución es un signo de disfagia? ¿Por qué?

E: Tos es protección, inicios hay que evaluar.

15.- T: ¿Existen aspectos neurológicos o motores asociados a la demencia que interfieren en la alimentación del paciente? Por ejemplo; alteración de tono muscular.

E: Si.

16.- T: ¿Qué trastornos asociados a la demencia pueden propiciar una disfagia? Por ejemplo: la atención, vigilia, etc.

E: Olvidar comer.

17.- T: ¿Los medicamentos pueden influir en el proceso de deglución del usuario con demencia? ¿Por qué?

E: Si. Se deben tragar las pastillas diferentes tamaños problemas. En cambio, en forma jarabe puede facilitar el tto.

18.- T: Si el paciente presentó rechazo a la hora de comer ¿es un indicador de disfagia? Justifique su respuesta.

E: Si, solo por evitar ahogarse o por haber presentado ya una experiencia previa.

19.- T: Indique qué factores son facilitadores de la disfagia a la hora de la alimentación del paciente (por ejemplo: tamaño de la cuchara, postura en la que se alimenta, textura del alimento, entre otras). Justifique su respuesta en cada caso.

E: Uso de espesantes cambios con disfagia por líquidos, temperatura agradable, sabor plasticidad, rapidez o velocidad y volumen de ingesta.

20.- T: Si tiene otro aporte que sea relevante para la creación de esta guía, agradecemos que lo escriba en el siguiente espacio.

E: Hagan una guía aplicable por todo funcionario de salud.

Entrevistado 5: C.T.B

Profesión: Fonoaudióloga.

Establecimiento de trabajo: Centro de atención Integral Pancurita, Clínica Ciudad del Mar UPC pediátrica y neonatal y CAFUV.

Años de experiencia: 7 años

1.- T: Según su experiencia en el área, ¿cuáles son los signos y síntomas más comunes de disfagia en pacientes que padecen demencia?

E: Los signos dependerán de si es inicial o avanzada. Una de las características es que se olvidan de los horarios de comida o si comieron o no. Mantienen por más tiempo el alimento en la boca (fase preparatoria oral) y los atoros principalmente con líquidos.

2.- T: Si usted observa un grado de disfagia en un paciente con demencia, ¿cuáles serían las directrices a seguir en un caso de esta naturaleza? (según su especialidad y experiencia).

E: Educar a la familia y/o cuidadores y en el caso de ser posible al usuario sobre el curso que tiene la alimentación oral en una persona con demencia. Establecer el grado de dificultad con la evaluación clínica.

3.- T: ¿Qué instrumentos de evaluación considera usted más relevantes para detectar de manera precoz la disfagia en un paciente con demencia? ¿Qué protocolo puede aplicar como profesional?

E: La evaluación clínica es fundamental considerando desde la anamnesis y la evaluación de las funciones de deglución, masticación y respiración. En etapas tempranas el protocolo EAT - 10; el GUSS.

4.- T: ¿En qué aspectos del proceso de alimentación del paciente se debe fijar el cuidador para detectar la disfagia?

E: Tiempo de ingesta, movimientos compensatorios de cabeza al deglutir, para degluciones, conducta en alimentación como oposición frente a ciertas comidas, mayor activación de la musculatura perioral y/o Suprahioidea, atoros.

5.- T: ¿Cuáles cambios en los hábitos de alimentación se ven en los pacientes con demencia en comparación con adultos mayores?

E: Manifiestan preferencias de alimentos.

6.- T: ¿Cómo se dan los cambios en el proceso de deglución en los usuarios con demencia?

E: Los cambios son fisiológicos en conjunto con cambios conductuales.

7.- T: ¿La consistencia de los alimentos en un adulto mayor con demencia cambia a medida que esta avanza?

E: El cambio de consistencia de sólido a semisólido cambia considerando facilitar el proceso de alimentación principalmente en relación al tiempo de ingesta y en un mayor grado de severidad en relación a la seguridad.

8.- T: ¿Con qué tipos de consistencias, comienzan a presentar dificultades en la deglución los adultos mayores con demencia? (líquidos, néctar, pudín, sólidos).

E: Líquidos.

9.- T: ¿Cuáles serían los factores que determinan la evolución de la disfagia de un usuario con demencia?

E: El progreso de la demencia.

10.- T: ¿El tiempo que el adulto mayor con demencia utiliza para alimentarse aumenta a medida que avanza la enfermedad? Justifique su respuesta.

E: El tiempo aumenta debido a que la alimentación implica un proceso cognitivo voluntario en el cual la atención está implicada. El avance progresivo de la demencia afecta el nivel de atención, memoria entre otras.

11.- T: El tiempo que demora en deglutir el usuario con demencia se hace mayor a medida que esta avanza, ¿esta variable puede ser un indicador de disfagia? ¿Por qué?

E: Podría considerarse si es basado en el tiempo de la fase oral pero el tiempo de la respuesta motora orofaríngea depende principalmente de la consistencia y del estado neuromuscular de la persona.

12.- T: ¿Qué estrategias de evaluación son utilizadas para identificar posibles signos de disfagia silenciosas en un usuario con demencia?

E: FEES y Videofluoroscopia.

13.- T: ¿Todos los pacientes con demencia tienen el mismo patrón de dificultades cuando presentan una disfagia? ¿Por qué?

E: No, hay otras variables personales involucradas como puede ser anatómicas y/o funcionales lo que influirá en las dificultades presentadas por la persona.

14.- T: ¿La demora en gatillar el reflejo de deglución es un signo de disfagia? ¿Por qué?

E: Sí, la respuesta motora orofaríngea es una respuesta neurofisiológica por lo cual si hay demora en la acción de deglutir podríamos estar frente a una dificultad de origen neurológico.

15.- T: ¿Existen aspectos neurológicos o motores asociados a la demencia que interfieren en la alimentación del paciente? Por ejemplo: alteración de tono muscular.

E: Si, en enfermedades neurodegenerativas como el Parkinson que en etapas avanzadas (4 y 5) presentan dificultad motora.

16.- T: ¿Qué trastornos asociados a la demencia pueden propiciar una disfagia? Por ejemplo: la atención, vigilia, etc.

E: Aparte de las mencionadas en el ejemplo, trastornos sensoriales.

17.- T: ¿Los medicamentos pueden influir en el proceso de deglución del usuario con demencia? ¿Por qué?

E: Si, los neurolépticos tienen efectos secundarios como disminución de la atención, somnolencia, sequedad de la boca, entre otros.

18.- T: Si el paciente presentó rechazo a la hora de comer ¿es un indicador de disfagia? Justifique su respuesta.

E: No. El rechazo a la hora de comer es una limitación ocasionada por la demencia por lo cual no sería un indicador de disfagia. Hay autores que consideran la etapa anticipatoria, sin embargo, no es considerada como parte de la función fisiológica de deglución a diferencia de las otras fases.

19.- T: Indique qué factores son facilitadores de la disfagia a la hora de la alimentación del paciente (por ejemplo: tamaño de la cuchara, postura en la que se alimenta, textura del alimento, entre otras). Justifique su respuesta en cada caso.

E: Utensilios como vasos largos y cucharas grandes pueden generar un volumen aumentado del bolo puede provocar escape posterior con riesgo de penetración- aspiración,

postura asimétrica de tronco por bajo control del eje axial genera inestabilidad de cintura escapular afectando la musculatura supra e infrahiodea, limitando movimientos orales; las características de la consistencia del alimentos influyen en la formación del bolo, los líquidos escurren a mayor velocidad y los sólidos requieren de mayor fuerza muscular para la propulsión la falta de tono muscular pueden propiciar dificultad en el proceso de alimentación.

20.- T: Si tiene otro aporte que sea relevante para la creación de esta guía, agradecemos que lo escriba en el siguiente espacio.

E: Si la persona que tiene demencia requiere de un alimentador es un factor que influye en el proceso de alimentación. Hay técnicas de alimentación específicas que consideran instrucciones verbales, frecuencia de entrega del alimento, modificación del ambiente, si es que la persona le conversa durante la ingesta. El alimentador debiera considerarse como un factor influyente en una persona que tiene disfagia.

Entrevistado 6: P.S.F

Profesión: Fonoaudiólogo

Establecimiento de trabajo: Universidad de Valparaíso y Universidad de Las Américas.

Años de experiencia: 8 años

1.- T: Según su experiencia en el área, ¿cuáles son los signos y síntomas más comunes de disfagia en pacientes que padecen demencia?

E: Pérdida del apetito, mantención del alimento en la boca, deterioro principalmente en la fase anticipatoria, déficit en movimientos orales para formación del bolo, restos de alimentos en boca, disminución en la respuesta sensorial. Todo depende de la etapa de la demencia, pero va asociado al reconocimiento de la situación de alimentación, detección de sabores/olores.

2.- T: Si usted observa un grado de disfagia en un paciente con demencia, ¿cuáles serían las directrices a seguir en un caso de esta naturaleza? (según su especialidad y experiencia).

E: Modificar las consistencias de alimento, los horarios, trabajo en conjunto con nutrición para determinar comidas que en menor cantidad entreguen mayor aporte calórico. Invadir al usuario con sondas o gastrostomía solo en caso de que la familia lo solicite, y siempre que ellos tengan toda la información posible en torno a lo que significa una sonda nasogástrica o gastrostomía.

3.- T: ¿Qué instrumentos de evaluación considera usted más relevantes para detectar de manera precoz la disfagia en un paciente con demencia? ¿Qué protocolo puede aplicar como profesional?

E: Protocolos de percepción de los cuidadores, modificaciones de SwalQol o Eat-10 en torno a la carga emocional de los alimentadores y la calidad de vida.

4.- T: ¿En qué aspectos del proceso de alimentación del paciente se debe fijar el cuidador para detectar la disfagia?

E: Parámetros nutricionales, respiratorios y de participación dentro del proceso de alimentación.

5.- T: ¿Cuáles cambios en los hábitos de alimentación se ven en los pacientes con demencia en comparación con adultos mayores?

E: Rutinas más estrictas, dependencia, mayor selectividad de sabores/texturas.

6.- T: ¿Cómo se dan los cambios en el proceso de deglución en los usuarios con demencia?

E: Disminución sensorial, pérdida de fases voluntarias, olvidos, falta de interés para comer. Como dije anteriormente desde procesos voluntarios/sensoriales hacia procesos que comprometen fases involuntarias como la fase faríngea.

7.- T: ¿La consistencia de los alimentos en un adulto mayor con demencia cambia a medida que esta avanza?

E: Si, se deben generar facilitaciones en formación del bolo y su fluidez del trayecto de la boca al estómago, esto se explica por consistencias suaves, blandas y de fácil manejo.

8.- T: ¿Con qué tipos de consistencias, comienzan a presentar dificultades en la deglución los adultos mayores con demencia? (líquidos, néctar, pudín, sólidos).

E: Sólidos.

9.- T: ¿Cuáles serían los factores que determinan la evolución de la disfagia de un usuario con demencia?

E: El tipo de demencia. En caso de demencias por cuerpos de Lewy, el patrón motor es predominante en algunos casos, por otro lado, cuando existe déficit como una demencia frontotemporal se pueden observar olvidos, rechazo, pérdida del placer por comer, etc.

10.- T: ¿El tiempo que el adulto mayor con demencia utiliza para alimentarse aumenta a medida que avanza la enfermedad? Justifique su respuesta.

E: Si, generalmente aumentan los tiempos, por fatiga generalmente asociado a la edad y desinterés por la comida.

11.- T: El tiempo que demora en deglutir el usuario con demencia se hace mayor a medida que esta avanza, ¿esta variable puede ser un indicador de disfagia? ¿Por qué?

E: En general no depende de la demencia, los estudios comparativos demuestran que las personas mayores (en general) aumenta el tiempo de respuesta oromotora, la causa de esto es el aumento de volumen en la cavidad faríngea, pérdida de fibras musculares principalmente suprahioides, pero, no dependen de la demencia propiamente tal.

12.- T: ¿Qué estrategias de evaluación son utilizadas para identificar posibles signos de disfagia silenciosas en un usuario con demencia?

E: Estos signos para aspiraciones silentes solo se pueden determinar mediante evaluaciones objetivas como videofluoroscopia o FEES. Ahora bien, como signos que podemos observar y sospechar de aspiraciones silentes son cuadros respiratorios frecuentes y ausencia de tos durante la comida. Pero en general, no existen pautas estandarizadas de evaluación de deglución en personas con demencias en español.

13.- T: ¿Todos los pacientes con demencia tienen el mismo patrón de dificultades cuando presentan una disfagia? ¿Por qué?

E: No, como dije anteriormente, dependerá del tipo de demencia y la región cerebral afectada.

14.- T: ¿La demora en gatillar el reflejo de deglución es un signo de disfagia? ¿Por qué?

E: Si y no, depende de que esté causando la demora en la respuesta oromotora (ex-Reflejo deglutorio). Pero en general, este aumento del tiempo ocurre en personas mayores con o sin demencia, por variaciones anatomo-fisiológicas propias del envejecimiento. Diferente es el caso de la Enfermedad de Parkinson, donde hay una base del control motor, al igual que en demencias vasculares donde dependerá de la zona cerebral afectada. En el caso de la demencia tipo Alzheimer, la respuesta oromotora se mantendrá dentro de los parámetros esperados para una persona mayor.

15.- T: ¿Existen aspectos neurológicos o motores asociados a la demencia que interfieren en la alimentación del paciente? Por ejemplo: alteración de tono muscular.

E: Creo que aspectos neurológicos dependerá del tipo de demencia. En torno a los problemas motores, dependen de la prevalencia de otros trastornos como la sarcopenia producto de la disminución en los movimientos y el grado de dependencia.

16.- T: ¿Qué trastornos asociados a la demencia pueden propiciar una disfagia? Por ejemplo: la atención, vigilia, etc.

E: Sarcopenia, déficit del estado de alerta/vigilia, la polifarmacia, trastornos sensoriales.

17.- T: ¿Los medicamentos pueden influir en el proceso de deglución del usuario con demencia? ¿Por qué?

E: Si, la gran mayoría afectan al SNC, lo que tiene efecto en el desempeño funcional. Por otro lado, un gran número de medicamentos disminuye la producción de saliva, generando resequedad en la boca. Lo mismo ocurre con enfermedades prevalentes en personas mayores como diabetes, HTA, depresión que tienen medicamentos que afectan procesos de producción de saliva, disminución de la función del Sistema Nervioso, afectan receptores a nivel orofaríngeo.

18.- T: Si el paciente presentó rechazo a la hora de comer ¿es un indicador de disfagia? Justifique su respuesta.

E: Generalmente los rechazos se deben a problemas cognitivos y no a una alteración en el proceso deglutorio propiamente tal. Es un indicador de que el proceso de alimentación está siendo afectado por la demencia.

19.- T: Indique qué factores son facilitadores de la disfagia a la hora de la alimentación del paciente (por ejemplo: tamaño de la cuchara, postura en la que se alimenta, textura del alimento, entre otras). Justifique su respuesta en cada caso.

E: Texturas de comida, horarios de alimentación, aporte nutricional del alimento, texturas y consistencias, la autoalimentación.

20.- T: Si tiene otro aporte que sea relevante para la creación de esta guía, agradecemos que lo escriba en el siguiente espacio.

E: Muy importante y relevante para mantener una respuesta oromotora y sensorial es la higiene oral, debe ser un punto a tocar en la guía; cepillado dental o de encías en caso de personas desdentadas, uso de placa, asistencia a dentistas.

Anexo 3: Análisis de entrevistas

Preguntas	Entrevistado 1 Fonoaudióloga Y.R. N	Entrevistado 2 Fonoaudiólogo A.A.M	Entrevistado 3 Fonoaudióloga M.F.C. G	Entrevistado 4 Nutricionista C.DC.C	Entrevistado 5 Fonoaudióloga C.T. B	Entrevistado 6 Fonoaudiólogo P.S.F
1. Según su experiencia en el área, ¿cuáles son los signos y síntomas más comunes de disfagia en pacientes que padecen demencia?	-Pérdida de peso -Tos -Aparición de disfagia deglutoria -Aumento del tiempo de alimentación.	-Dificultad con consistencias -Rechazo a ciertos alimentos -Neumonía aspirativa -Dificultad en la preparación del bolo. -Cambios en la alimentación.	-Tos -Aumento de tiempo de etapa preparatoria oral -Resistencia post-deglutoria debido a alteración en movimientos linguales.	-Deshidratación. -Enflaquecimiento. -Inapetencia -Tos	-Dependerá si la demencia es inicial o avanzada -Oligofrenia -Olvidan horarios de comida. -Mantienen por más tiempo el alimento en la boca. -Atoramiento principalmente con líquidos.	-Pérdida de apetito -Manifestación del alimento en la boca. -Déficit en movimientos orales para la formación del bolo. -Restos de alimentos en la boca. -Disminución en la respuesta sensorial. -Todo depende de la etapa de la demencia.

[illegible]

4. ¿En	Tos	-Tiempo	-Tiem	-	-Tiem	-
qué aspectos del proceso de alimentación del paciente se debe fijar el cuidador para detectar la disfagia?	Aumento del tiempo de alimentación. Residuos orales.	de alimentación. -Si requiere asistencia al momento de comer. - Alimentos, agua y fármacos que no logra recibir por vía oral. - Rechazo de alimentos. -Tos - Cambios en la voz. - Atragantamientos	no que demora en deglutir. -Tos al post deglutoria. - Síntomas respiratorios recurrentes.	Rechazo de alimentos. -Tos.	de no de ingesta. - Movimientos compensatorios de cabeza. - Oposición frente a algunas comidas. -Atoros	Parámetros nutricionales y respiratorios. - Participación dentro del proceso de alimentación.

Residuos orales.

5.	-	-	-Deben	-	-	-Rutinas
¿Cuáles cambios en los hábitos de alimentación se ven en los pacientes con demencia en comparación con adultos mayores?	Modificación drástica de la consistencia de los alimentos.	Inapetencia. - Cambios conductuales relacionados con la alimentación.	ser asistidos - Dificultades al utilizar utensilios. - Desorganización por preferencia por alimentos dulces. -Poca ingesta de agua.	Ahogos - Mantener el alimento en la boca.	Preferencias de alimentos	de más estrictas -Mayor selectividad - Dependencia
6.	-	-	-	-	-Los	-
¿Cómo se dan los cambios en el proceso de deglución en los usuarios con demencia?	Demencia asociada al proceso de Parkinson en cambios progresivos, a demencia vascular y bruscos.	Declinantes// a etapa anticipatoria son (olores, sabores y A nivel sensorial en general) -Etapa preparatoria (demencia + cambios estructurales propios del envejecimiento	en afectación progresiva, post deglutoria - eve en una consistencia, uego afección de control del bolo en cavidad oral aumentó, baja tolerancia a la alimentación, mantención de alimento en	Variables	cambios fisiológicos y cambios conductuales	Disminución y sensorial, pérdida de fases voluntarias, olvidos, falta de interés para comer

-Etapas
faríngea.

8.	-	-Sólidos,	-	-	-	-
¿Con qué tipos de consistencias, comienzan a presentar dificultades en la deglución los adultos mayores con demencia?	Líquidos finos.	el líquido fino.	Líquidos, sólidos enteros.	Sólidos.	Líquidos.	Sólidos.
Líquidos, néctar, pudín,						

sólidos).

9.	-La	-	-	-	-El	-
¿Cuáles serían causa de la Progresión de Tiempo que Comportamiento progreso de la Olvidos,	os factores que demencia,	el cuadro de base,	transcurre en o	área de demencia.	rechazo, pérdida	
determinan la manejo de la enfermedades	presentar signos	afectación.			del placer por	
evolución de la disfagia,	apoyo crónicas	no le	disfagia,		comer.	
disfagia de un familiar.	ratadas,	estimulación por				
usuario con	polifarmacia,	parte de la				
demencia?	síntomas	familia	y			
	neuropsiquiá	antecedentes				
	ricos.	nórbidos				
		previos como				
		ACV.				

10. ¿El	-	-	-	-Si,	-	-
tiempo que el Pérdida del Depende, a Aumentando depende si la Aumenta debido Generalmente						
adulto mayor apetito,		medida	que debido a falta de actividad	a	que	la aumentan los
con demencia disminución de progresa		la control	motor pueden		alimentación	tiempos, por
utiliza para parámetros demencia		oral	en el realizarla	solos	mplica	un fatiga asociada a
alimentarse sensitivo-		observamos	la manejo del bolo.	o	bien proceso	a edad y
aumenta a notores.	-	funcionalidad,		requieren	de cognitivo	desinterés por la
medida que Respuesta		alteraciones	en	administra	voluntario,	comida.
avanza la retardada del as		etapas		ción.	atención.	
enfermedad? J reflejo		motor deglutorias.				
Justifique su oral, signo de						
respuesta.		rolling	en el			
		Parkinson,				
		hipomotilidad				
		orolingual	o			
		faríngea.				

11. El tiempo que demora en deglutir el usuario con demencia hace mayor a medida que avanza la demencia.	-Si, va a medida que avanza la demencia.	-Si, a medida que hace mayor a medida que avanza la demencia.	-Si, se a cuando hay considerarse si general no depende de la fase demencia, los estudios comparativos demuestran que las personas mayores (en general) aumentan el tiempo de la respuesta.	-Sí, es basado en el depende de la fase demencia, los estudios comparativos demuestran que las personas mayores (en general) aumentan el tiempo de la respuesta.	-Podría ser un indicador de disfgia? ¿Por qué?	-En
	que aumentando a medida que avanza la demencia.	que hace mayor a medida que avanza la demencia.	que efecto rolling on. es basado en el depende de la fase demencia, los estudios comparativos demuestran que las personas mayores (en general) aumentan el tiempo de la respuesta.	que efecto rolling on. es basado en el depende de la fase demencia, los estudios comparativos demuestran que las personas mayores (en general) aumentan el tiempo de la respuesta.	¿Por qué?	
	La alimentación requiere un estado de alerta que se ve reducido a medida que avanza la demencia.	La alimentación requiere un estado de alerta que se ve reducido a medida que avanza la demencia.	La alimentación requiere un estado de alerta que se ve reducido a medida que avanza la demencia.	La alimentación requiere un estado de alerta que se ve reducido a medida que avanza la demencia.	¿Por qué?	
	La alimentación requiere un estado de alerta que se ve reducido a medida que avanza la demencia.	La alimentación requiere un estado de alerta que se ve reducido a medida que avanza la demencia.	La alimentación requiere un estado de alerta que se ve reducido a medida que avanza la demencia.	La alimentación requiere un estado de alerta que se ve reducido a medida que avanza la demencia.	¿Por qué?	

12. ¿Qué estrategias de evaluación son utilizadas para identificar posibles signos de disfagia silenciosas en un usuario con demencia?	-	-	-	Evalúe	-FEES.	-FEES.
	Desaturación de oxígeno.	Oxímetro para medir saturación.	Monitoreo de saturación de oxígeno.	de acción	-	-
				Fonoaudiólogo.	Videofluoros	Videofluoros
				copia.	copia.	copia.
		Auscultación cervical constante.	-	-		
			Auscultación cervical.	Anamnesis.		
			-	-		
		Fonación post ingestión.	Control de temperatura.			
			Evaluación instrumental de la deglución.			

13. ¿Todos los pacientes con...	-No, depende cada persona	-No, depende cada persona	-No, depende cada paciente es porque existen	-No, depende cada paciente es porque existen	-No, depende cada paciente es porque existen	-No, depende cada paciente es porque existen

demencia tienen el mismo patrón de dificultades cuando presentan una disfagia? ¿Por qué?	del usuario y del tipo de vida única. demencia.	tiene una línea de y además zonas afectadas depende del tipo además de los de demencia que propios padezca. cambios fisiológicos. y/o funcionales.	diferente de otro diferentes variables personales y la región cerebral afectada.	tipo de demencia
---	---	---	--	------------------

14.	- Si,	-Sí, por	-Si,	-Tos	-Sí, la	-Si y no,
¿La demora en gatillar el reflejo de deglución es un signo de disfagia? ¿Por qué?	porque es una parámetros de seguridad, conllea a una de reducción de la protección de la ría aérea.	qué puede alterar presentar que evaluar. y/o penetraciones del y/o aspiraciones proceso de por caída deglutorio en la anticipada alimentación alimento. funcional del usuario.	umenta el riesgo de caída	es protección, de nicios que hay que evaluar. profaríngea es demora en la una respuesta respuesta neurofisiológica promotora. por lo cual si hay demora en aumento del acción de tiempo ocurre en deglutir personas podríamos estar mayores con o rente a una sin demencia, dificultad de por variaciones origen anátomo- neuroológico. fisiológicas propias del envejecimiento.		

15.	-	-Si.	-	-Si.	-Si, en	-Creo
¿Existen aspectos neuroológicos notores	Alteraciones cognitivas, conductuales, notoras y		Alteración del cono muscular. - Alteración en el		enfermedades que neurodegenerati vas. dependerá del tipo de	aspectos neuroológicos del

asociados a la sensitivas	control motor	demencia.
demencia que asociadas a	oral.	-En
nterfieren en la demencia.	-	orno a los
alimentación	Enlentecimi	problemas
del paciente?	ento de reflejos.	notores,
Por ejemplo;	-	dependen de la
alteración de	Apraxia	prevalencia de
ono muscular.	deglutoria.	otros trastornos.

16.	-Estado	-	-Estado	-	-	-
¿Qué trastornos de vigilia. un	Trastornos del de	vigilia	Olvidar comer.	Trastornos	Sarcopenia,	
asociados a la paciente	ciclo sueño-	disminuido.		sensoriales.	déficit del estado	
demencia	somnol	vigilia, trastornos	-		de alerta/vigilia,	
pueden	ento aumenta	del ánimo,	Alteraciones		a polifarmacia,	
propiciar una	en un 60% las	trastornos de la	conductuales		trastornos	
disfagia? Por	probabilidades	alimentación,	-		sensoriales.	
ejemplo: la	de aspiración.	trastorno	Depresión.			
atención,	;	psicóticos,				
vigilia, etc.		trastornos				
		cognitivos,				
		diagnósticos				
		psiquiátricos del				
		DSM-V.				

17.	-Sí,	-Sí,	-Si,	-Si.	-Si, los	-Si,
¿Los	afectan	la pueden	generar	pueden	generar	neuroalépticos
medicamentos	vigilia,	la diversos	efectos	sedación,		afectan al SNC,
pueden influir	atención	y adversos o	RAM	reflejos		tienen efectos o que tiene
en el proceso de	disminuye	la en los individuos	enlentecidos,			secundarios efecto en el
deglución del	salivación.	entre	estado de vigilia			como desempeño
						disminución de funcional.

usuario con demencia? ¿Por qué?	ellos cambios en estado de conciencia.	dismin uido alteración nuscular y sialorrea.	a atención, somnol encia, sequedad de la boca.	-Un gran número de medicamentos disminuye la producción de saliva, generando reseque dad en la boca.
---------------------------------------	--	---	---	---

18. Si el paciente presentó rechazo a la hora de comer ¿es un indicador de disfagia? Justifique su respuesta.	-Si, porque afectase a eficacia.	- Depende de la causa, si el rechazo está relacionado a la dificultad de preparación del bolo o no malestares gastrointestinales post ingesta (aliment os mal masticados) podría ser el caso// todo varía con el contexto de cada caso.	-Es un signo que se debe evaluar. - Puede ser que se debe evaluar. - Es un signo que se debe evaluar. - Es un signo que se debe evaluar.	-Si, solo por evitar rechazo a la hora de comer es una imitación de comer es una imitación de comer es una imitación.	-No. El rechazo se deben a problemas cognitivos y no a una alteración en el proceso deglutorio propia mente tal.
--	--	---	--	---	---

19.	-Una	-Estado	-	-Uso	-	-
Indique qué postura fluctuante de Postura de le espesantes. Utensilios. Texturas de factores son adecuada. conciencia, alimentación. - - comida. facilitadores de - consistencia del - Cambios con postura - a disfagia a la tamaño de la alimento, tamaño de disfagia por asimétrica. Horarios de hora de la cuchara permite viscosidad del utensilio. líquidos. - - alimentación. alimentación controlar alimento, - Temperatura Consistencia del -Aporte del paciente volúmenes. tamaño Consistencia del agradable. alimento. nutricional del (por ejemplo: de los utensilios, alimento. -Sabor alimento. - tamaño de la agentes - - Texturas. cuchara, ambientales Velocidad de Plasticidad, - - postura en la distractores, administración Rapidez o Consistencia. que se síntomas del alimento. velocidad y -La alimenta, neuropsiquiátri volumen de de autoalimenta textura del tos no ingesta. ción. alimento, entre tratados, Consistencia. otras). nal manejo -La autoalimenta Justifique su conductual, presencia de dolor o malestar al momento de alimentarse, ingesta de alimentos que no son del agrado del usuario, educación de la familia.	-Hay	-Muy				
20. Si	Recalc	-	-Dar	-	-Hay	-Muy

tiene otro ir los signos Considerar la ejemplos Hagan una guía técnicas de importante y
 aporte que sea clínicos notorios opinión del prácticos a la aplicable por alimentación relevante para
 relevante para para los usuario familia. hora de realizar todo específicas que mantener una
 a creación de cuidadores -Si es as preguntas a funcionario de consideran respuesta
 esta guía, como las para el cuidador os cuidadores o salud. instruc promotora y
 agradecemos tos, debe ser simple y familiares. ciones verbales, sensorial es la
 que lo escriba iempos de de fácil - frecuencia de higiene
 en el siguiente alimentación, aprendizaje. Preguntar la entrega del oral, debe ser un
 espacio. residuos orales, frecuencia de alimento, punto a tocar en
 caja de peso. os signos o modificación a guía; cepillado
 síntomas del ambiente, si dental o de
 también con es encías.
 ejemplos. que la
 persona le
 conversa
 durante la
 ingesta.

Anexo 4: Guía de evaluación para la detección precoz de la disfagia en pacientes con demencia para ser utilizada por sus cuidadores.

Guía de evaluación para la detección precoz de la disfagia en pacientes con demencia para ser utilizada por sus cuidadores

La siguiente guía tiene 15 indicadores dirigidos a pacientes con demencia y disfagia para ser utilizada por sus cuidadores, con el propósito de detectar de manera precoz una posible disfagia. Estos indicadores están elaborados para ser respondidos con “Siempre”, “A Veces” o “Nunca”, según corresponda.

La guía debe ser respondida por los cuidadores en base a los signos observados en el adulto mayor con demencia. Después que la guía haya sido respondida en su totalidad, será de utilidad para que el cuidador sea orientado por un profesional de forma pertinente sobre el estado del paciente.

Guía de evaluación para la detección precoz de la disfagia en pacientes con demencia para ser utilizada por sus cuidadores

Este instrumento tiene como objetivo que el cuidador pueda detectar de manera precoz la disfagia en adultos mayores con demencia. Lea atentamente los indicadores y marque con una “X” si observa alguno de ellos. Responda todos los indicadores.

Valoración:

- Si presenta la opción “Siempre” en uno o más ítems del 1 al 7 hay riesgo de disfagia.
- Si presenta la opción “Siempre” en dos o más ítems del 8 al 15 hay riesgo de disfagia.
- Si presenta la opción “A veces” en dos o más ítems del 1 al 7 hay riesgo de disfagia.
- Si presenta la opción “A veces” en tres o más ítems del 8 al 15 hay riesgo de disfagia.
- Si presenta la opción “Nunca” en cuatro o más ítems del 1 al 15 no hay riesgo de disfagia.

INDICADORES	SIEMPRE	A VECES	NUNCA	OBSERVACIONES
1. Presenta tos después de ingerir algunas cucharadas de alimento.				
2. Tiene alteraciones como tos, atragantamiento o rechazo con la ingesta de líquidos (agua, té, leche).				

3. Se observa alguna dificultad y/o alteración como tos, atragantamiento o rechazo con la ingesta de alimentos sólidos (papa, galletas, pan).				
4. Se observa la presencia de residuos de comida en la boca después de tragar.				
5. Se observa la presencia de atragantamiento durante la alimentación.				
6. Mantiene el alimento dentro de la boca por mucho tiempo sin tragar.				
7. Aumenta el tiempo al comer.				
8. Presenta preferencia de algunas comidas o texturas.				

9. Se observa rechazo al alimento.				
10. Tiene algunos cambios de conducta durante la alimentación				
11. Se encuentra atento durante la comida.				
12. Se observa saliva espesa.				
13. Es alimentado en postura de sedestación (sentado) a la hora de comer.				
14. Su peso ha disminuido.				
15. Presenta una adecuada higiene oral.				

Sugerencias:

- Utilizar técnicas de alimentación específicas como, modificación de las consistencias que el paciente tenga más facilidad al tragar.
- En caso de sospechar una posible disfagia en el usuario, acudir al médico tratante y/o fonoaudiólogo para evaluación clínica.
- La postura más adecuada para la alimentación del paciente es en posición de sedestación (sentado).