

Esmeralda Carrillo Prieto<sup>1</sup>  
 Sara Aragón Chicharro<sup>2</sup>  
 Javier Federico García Meana<sup>3</sup>  
 Belén Calvo Morcuende<sup>2</sup>  
 Mercedes Pajares Bernardo<sup>3</sup>

1. Enfermera especialista en Geriátrica y Gerontología. Gerencia de Atención Primaria de Toledo.
2. Residentes de enfermería en Geriátrica y Gerontología. Gerencia de Atención Especializada de Toledo. Hospital Virgen del Valle. Toledo.
3. Enfermeros especialistas en Geriátrica y Gerontología. Gerencia de Atención Especializada de Toledo. Hospital Virgen del Valle. Toledo.

**Correspondencia:**

Esmeralda Carrillo Prieto  
 Hospital Virgen del Valle  
 Carretera de Cobisa s/n  
 45071 Toledo  
 Correo electrónico: escapri90@hotmail.com

## Disfagia y estado nutricional en ancianos institucionalizados

### *Dysphagia and nutritional status in institutionalized elderly population*

#### RESUMEN ABSTRACT

La disfagia es un síndrome geriátrico por su alta prevalencia en ancianos (mayor en la población institucionalizada) que favorece la desnutrición y compromete la seguridad, debido al riesgo de aspiración de alimentos.

**Objetivos:** Conocer el estado nutricional de los ancianos institucionalizados que presentan disfagia, residentes en instituciones sociosanitarias de carácter público de la provincia de Toledo.

**Metodología:** Estudio descriptivo y transversal (enero-febrero 2015). Población de estudio: personas de 65 años o más, residentes en instituciones sociosanitarias públicas de Toledo con disfagia. Criterios de exclusión: nutrición enteral o parenteral y situación terminal.

Variables: edad, sexo, valoración antropométrica, dieta, restricciones dietéticas, suplemento nutricional y estado nutricional con *Mini Nutritional Assessment* (MNA).

**Resultados:** Un total de 33 ancianos. Media de edad: 86,73 años (DT 7,74). Mujeres: 84,84%. MNA medio: 13,85 (DT = 3,5), riesgo de desnutrición: 18,18% y desnutrición: 78,78%. IMC: bajo peso 36,36%. Un 51,51% no sabe si ha perdido peso, un 96,97% con deterioro cognitivo, un 81,82% toma 4 fármacos o más, un 39,4% toma menos de 3 comidas diarias completas, un 27,27% toma frutas o verduras menos de 2 veces al día, un 78,79% menos de 6 vasos de líquidos al día. Un 90,9% solo movilidad cama-sillón y un 78,79% necesita ayuda para alimentarse. Dieta túrmix: 90,9%, sin restricciones dietéticas: 84,84%. Sin suplementos nutricionales: 75,75%.

Diferencias estadísticamente significativas: MNA-independencia en movilidad ( $p = 0,008$ ), MNA-problemas neuropsicológicos ( $p = 0,01$ ), MNA-independencia en alimentación ( $p = 0,001$ ) y MNA-suplementos nutricionales ( $p = 0,028$ ). MNA-polimedicación: tendencia a sufrir desnutrición ( $p = 0,903$ ).

**Conclusiones:** En la valoración nutricional de la población mayor institucionalizada con disfagia se concluye la existencia de una gran proporción de ancianos con un estado nutricional deficitario, asociada a demencia y mayor dependencia en movilidad y alimentación.

**PALABRAS CLAVE:** disfagia, anciano, residencia de ancianos, malnutrición.

Dysphagia is a geriatric syndrome due to its high prevalence in the elderly (higher in the institutionalized population) favoring malnutrition and compromising safety because of choking risk by food intake.

**Objective:** To know the nutritional status of institutionalized elderly people with dysphagia, residents in public nursing homes of Toledo.

**Methodology:** Descriptive and transversal study (January-February 2015). Sample: people aged  $\geq 65$  years with dysphagia from Toledo, residents in public nursing homes. Exclusion criteria: enteral-parenteral nutrition and terminal illness.

Variables: age, gender, anthropometric assessment, diet, dietary restrictions, nutritional supplement and nutritional status with Mini Nutritional Assessment (MNA).

**Results:** 33 adults, aged: 86.73 years (SD 7.74). 84.84% women. MNA (average): 13.85 (SD = 3.5), risk of malnutrition: 18.18%, malnutrition: 78.78%. BMI: underweight 36.36%. 51.51% do not know if he/she has lost weight, 96.97% dementia, 81.82%  $\geq 4$  drugs, 39.4%  $< 3$  full meals daily, 27.27% fruits or vegetables  $< 2$  times daily, 78.79%  $< 6$  glasses daily. 90.9% mobility bed to chair and 78.79% help to feed. Turmix diet: 90.9%, without dietary restrictions: 84.84%. No nutritional supplements: 75.75%. Statistically significant differences: MNA-independent to mobilize ( $p=0.008$ ), MNA-dementia ( $p=0.01$ ), MNA-independent to feed ( $p=0.001$ ), MNA-nutritional supplements ( $p=0.028$ ). MNA-polypharmacy: tend to malnutrition ( $p=0.903$ ).

**Conclusions:** In the nutritional assessment of institutionalized elderly population with dysphagia is concluded that the existence of a large proportion of elderly patients with a deficient nutritional status, associated with dementia and increased reliance on mobility and feed.

**KEYWORDS:** dysphagia, elderly, nursing homes, malnutrition.

## ■ INTRODUCCIÓN

La disfagia se constituye como un síndrome geriátrico debido a su alta prevalencia en el grupo de población anciana, la cual se sitúa entre el 7% y el 22%<sup>1,2</sup>. En los ancianos institucionalizados esta prevalencia se encuentra entre el 40% y el 78%<sup>3-5</sup>.

El proceso fundamental que subyace tras la disfagia es el deterioro de la deglución, diagnóstico de enfermería incluido en la taxonomía NANDA y definido como "funcionamiento anormal del mecanismo de deglución asociado con déficit de la estructura o función oral, faríngea o esofágica"<sup>6</sup>.

Tiene importantes repercusiones a nivel físico, facilitando en gran medida que la alimentación del anciano no cubra sus necesidades nutricionales, lo que provoca el síndrome geriátrico de desnutrición<sup>7,8</sup>. También puede comprometer la seguridad del anciano por el aumento del riesgo de infecciones respiratorias tras la aspiración de alimentos sólidos o líquidos, que obstruyen la vía aérea. Además, cabe destacar el malestar psíquico y emocional que conlleva para los ancianos la alteración del estado nutricional y de la deglución por condicionar en gran medida la forma de alimentación<sup>7,8</sup>.

La principal causa de deterioro de la deglución es el problema neurológico secundario a diversas patologías neurodegenerativas que acontecen con más frecuencia en edades avanzadas, lo que produce un círculo vicioso de desnutrición-disfagia, que empeora claramente la calidad de vida, y aumenta la morbilidad y mortalidad de este grupo de población<sup>5</sup>. En diferentes estudios se muestra una prevalencia entre el 28% y el 73% tras un accidente cerebrovascular, hasta del 84% en el caso de las demencias y del 52% en enfermos de Parkinson<sup>1,2,9</sup>. Estos ancianos suelen presentar pluripatología, y la mayor parte de ellos toma multitud de fármacos que pueden interferir en el proceso de deglución por sus efectos secundarios, colaterales e interacciones (como pueden ser la xerostomía o la disminución del nivel de conciencia, interfiriendo en los procesos de masticación y deglución), además de los problemas para la ingesta relacionados con las diferentes presentaciones de estos.

Este síndrome geriátrico es uno de los problemas más infradiagnosticados y subestimados entre los ancianos, y que mayor afectación tiene sobre su estado nutricional, hecho que a su vez tiene consecuencias muy negativas sobre el bienestar físico y emocional del anciano<sup>9</sup>.

En el ámbito de las instituciones sociosanitarias, el deterioro de la deglución y la malnutrición son problemas que pueden prevenirse, diagnosticarse y tratarse con mayor facilidad que en otros ámbitos sociales, puesto que cuentan con personal sanitario cualificado y entrenado para llevar a cabo estas labores, que son fundamentales para el bienestar y seguridad del anciano.

Por todo ello, y para evitar la aparición de malnutrición junto con sus consecuencias en el anciano institucionalizado, resulta fundamental una identificación precoz dentro de la valoración geriátrica integral, con un abordaje interdisciplinar para la prevención de problemas futuros.

## ■ OBJETIVOS

Objetivo principal:

- Conocer el estado nutricional de los ancianos institucionalizados que presentan deterioro de la deglución, residentes en diferentes instituciones sociosanitarias de carácter público de la provincia de Toledo.

Objetivos secundarios:

- Describir el tipo de dieta y restricciones dietéticas de este grupo de población.

- Observar las pautas alimentarias llevadas a cabo.
- Determinar la relación entre el estado nutricional y el estado funcional y cognitivo, y con la polimedicación.

## ■ METODOLOGÍA

Estudio epidemiológico observacional, descriptivo y transversal.

La población a estudio fueron personas mayores de 65 años residentes en dos instituciones sociosanitarias públicas de la provincia de Toledo que presentaban deterioro de la deglución. Los datos fueron recogidos entre los meses de enero y febrero de 2015.

El número de ancianos entre ambas residencias era de 240, por lo que nuestro tamaño muestral requerido de ancianos con disfagia, según la bibliografía consultada, con un nivel de confianza del 95% y precisión del 3% fue de 110. A pesar de esto, entre ambas residencias, únicamente se encontró un total de 33 ancianos con dicho deterioro de la deglución. Para la selección de la muestra se utilizó un muestreo no probabilístico de conveniencia.

Los criterios de exclusión fueron: aquellos ancianos que recibían alimentación enteral (por sonda nasogástrica o gastrostomía) o parenteral, y ancianos en situación terminal.

Se registraron las siguientes variables: edad, sexo, valoración antropométrica (peso, talla e índice de masa corporal), tipo de dieta (basal, túrmix, blanda y fácil masticación), restricciones dietéticas (dieta sin restricciones, dieta sin sal, dieta de diabético, dieta sin grasa u otro tipo de restricción), tipo de suplemento nutricional pautado (no toma suplementos, hipercalórico, hiperproteico y mixto) y estado nutricional mediante el test *Mini Nutritional Assessment* (MNA) con análisis específico de cada ítem (apetito, pérdida de peso reciente, movilidad, presencia de enfermedad aguda, problemas neuropsicológicos, independencia en el interior de la institución, situación de polimedicación considerada como la toma de más de 3 fármacos diarios, úlceras o lesiones cutáneas, realización de comidas completas al día, consumo de determinados grupos de alimentos y líquidos, independencia en la alimentación, valoración subjetiva de estar bien nutrido, percepción de su estado de salud, circunferencia braquial y circunferencia de la pantorrilla).

El MNA es un instrumento de cribado de ancianos desnutridos o en riesgo de desnutrición, validado internacionalmente. Sus índices de validez diagnóstica son: elevada sensibilidad (96%) y elevada especificidad (98%). Es capaz de detectar el riesgo de malnutrición antes de que aparezcan las alteraciones clínicas (valor predictivo para la malnutrición del 97%). Tiene dos versiones: una versión corta o de cribado, para detectar a los ancianos que están en riesgo de malnutrición, y una versión larga (la utilizada en el presente trabajo) que es capaz de administrarse en 10-15 minutos de forma sencilla y prevé información adicional sobre las causas de la desnutrición. Dicha versión consta de 18 ítems divididos en 4 categorías: parámetros antropométricos, estado general del paciente, encuesta dietética y valoración subjetiva.

Según el resultado obtenido, clasifica a las personas mayores, sobre un máximo de 30 puntos, en tres grupos: estado nutricional satisfactorio ( $\geq 24$  puntos), riesgo de malnutrición (17-23,5 puntos) y malnutrición ( $< 17$  puntos).

Se utilizó esta escala de valoración nutricional debido a que es una de las más comúnmente utilizadas en la práctica clínica para identificar situaciones de riesgo nutricional en personas mayores, y es de uso específico para esta población.

La recogida de información mediante el cuestionario MNA para valoración del estado nutricional de los ancianos incluidos en el estudio fue llevado a cabo por los autores durante la realización del mismo.

Para la recogida de variables sociodemográficas, antropométricas y sobre el tipo de dieta, se realizó un cuestionario de elaboración propia, heteroadministrado, con preguntas cerradas y con codificación de nombres, para mantener a los participantes en el anonimato.

Para valorar la talla se utilizó una estimación mediante la medición de la longitud del antebrazo, debido al déficit de movilidad que presentaba la muestra. La medición se realizó de la siguiente manera: brazo izquierdo cruzado sobre el pecho con los dedos apuntando al hombro opuesto y midiendo la longitud entre el codo y la apófisis estiloides del cúbito. Se utilizó este índice debido a la gran limitación de movilidad que presentaban estos ancianos, hecho que imposibilitaba su tallaje de manera tradicional.

El análisis estadístico de los datos se llevó a cabo mediante el paquete estadístico SPSS versión 19.0.

Los procedimientos utilizados en los sujetos han sido realizados tras la obtención del consentimiento informado, que cumplía los criterios definidos en la LOPD 15/1999 y conocían la capacidad de ejercer los derechos ARCO (acceso, rectificación, cancelación u oposición).

## ■ RESULTADOS

Se recogieron los datos de 33 ancianos con una edad media de 86,73 años (desviación típica [DT] = 7,74). La distribución por sexos fue: 84,84% mujeres y 15,15% hombres.

Al realizar el test MNA a todos los ancianos se observa una puntuación media de 13,85 (DT = 3,5), distribuyéndose la muestra de la siguiente manera: nutrición normal el 3,03%, riesgo de desnutrición el 18,18% y desnutrición el 78,78% de la muestra (fig. 1).

Según su índice de masa corporal (IMC), presentaron bajo peso el 36,36% de los ancianos, peso adecuado el 48,48%, sobrepeso el 12,12%, obesidad leve el 3,03%, y ninguno presentó obesidad moderada o mórbida (tabla 1).

El tipo de dieta que tomaban se distribuye de la siguiente manera: túrmix el 90,9%, basal (sin ninguna modificación en la textura) el 6,06% y de fácil masticación el 3,03% (fig. 2). En cuanto a las restricciones en la dieta, ningún anciano consumía dieta sin sal, dieta de diabético el 9,09% y sin restricciones dietéticas el 84,84% (fig. 3). Se observó que el 75,75% de estos ancianos no tenían pautados suplementos nutricionales, el 3,03% consumía suplementos hipercalóricos, el 21,21% tomaba suplementos mixtos (hipercalóricos e hiperproteicos) y ninguno tomaba suplementos exclusivamente hiperproteicos (fig. 4).

Desglosando algunos de los ítems de este cuestionario se pudo ver que hay un 51,51% de los ancianos que no sabe si ha perdido peso, que el 96,97% presenta algún tipo de deterioro cognitivo, el 81,82% toma 4 fár-

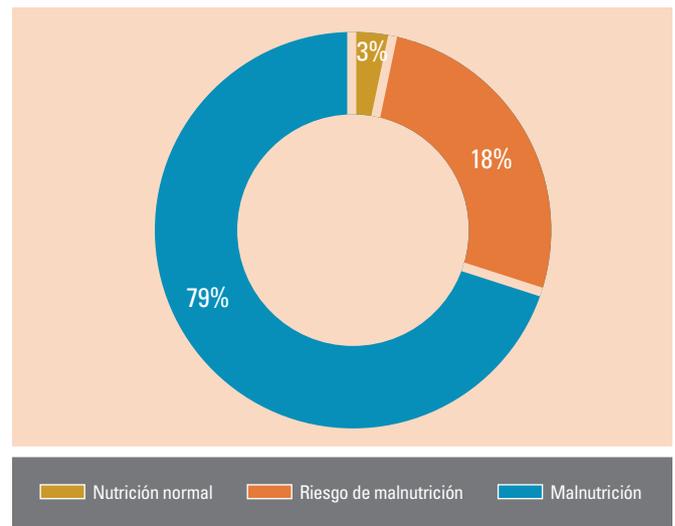


Figura 1. Distribución del resultado del Mini Nutritional Assessment.

Tabla 1. Valoración sociodemográfica y antropométrica de la población estudiada agrupada por sexo

Variable	Total n = 33	Mujeres n = 28 (84,84%)	Hombres n = 5 (15,15%)
Edad	86,73 ± 7,73	87,21 ± 7,87	84 ± 7,07
Peso (kg)	52,07 ± 8,81	52 ± 9,23	52,46 ± 6,77
Talla (m)	1,56 ± 0,06	1,54 ± 0,05	1,63 ± 0,06
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	21,54 ± 3,4	21,88 ± 3,56	19,61 ± 1,33
IMC < 19 kg/m <sup>2</sup> (%)	8 (24,24%)	8 (28,57%)	1 (20%)
IMC 19 a 21 kg/m <sup>2</sup> (%)	6 (18,18%)	15 (53,57%)	3 (60%)
IMC 21 a 23 kg/m <sup>2</sup> (%)	11 (33,33%)	4 (14,29%)	1 (20%)
IMC > 23 kg/m <sup>2</sup> (%)	8 (24,24%)	1 (3,57%)	0 (0%)
Circunferencia braquial (cm)	22,82 ± 2,52	22,88 ± 2,62	22,5 ± 2,06
CB < 21 cm (%)	8 (24,24%)	7 (25%)	1 (20%)
CB 21 a 22 cm (%)	7 (21,21%)	4 (14,29%)	2 (40%)
CB > 22 cm (%)	18 (54,55%)	17 (60,71%)	2 (40%)
Circunferencia pantorrilla (cm)	25,64 ± 3,77	25,86 ± 3,93	24,4 ± 2,63
CP < 31 cm (%)	29 (87,88%)	25 (89,3%)	5 (100%)
CP ≥ 31 cm (%)	4 (12,12%)	3 (10,71%)	0 (0%)

CB: circunferencia braquial; CP: circunferencia de la pantorrilla; IMC: índice de masa corporal.

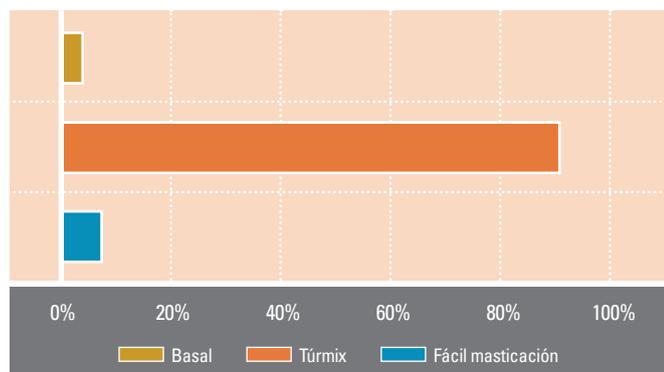


Figura 2. Distribución de los tipos de dieta según su textura.

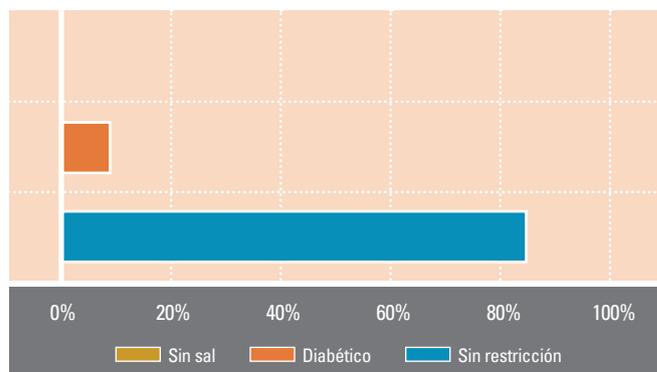


Figura 3. Distribución de las restricciones dietéticas.

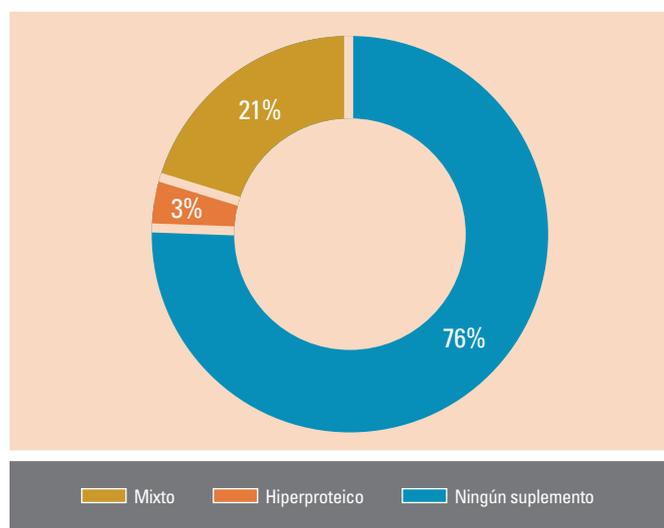


Figura 4. Distribución de suplementos nutricionales.

macos o más (presentando polimedicación), el 39,4% no toma 3 comidas completas al día, el 27,27% no consume frutas o verduras al menos dos veces al día, el 78,79% de los ancianos no beben más de 5 vasos de líquidos al día, y el 12,1% bebe menos de 3 vasos de líquido diarios.

El 90,9% es capaz de realizar únicamente transferencias de la cama al sillón; el resto de residentes son autónomos en el interior de la residencia y el 78,79% necesita ayuda para alimentarse (tabla 2).

Tras realizar un análisis estadístico bivalente en el que se comparaban diferentes variables con el test nutricional MNA se obtuvieron los resultados que se muestran a continuación.

La relación del test MNA comparada con la movilidad fue estadísticamente significativa, es decir, a mayor nivel de dependencia, existe un mayor nivel de desnutrición ( $p = 0,008$ ). Se encontró que los ancianos con movilidad de la cama al sillón presentaron una media en el MNA de 13,35 (DT = 3,27) y aquellos con autonomía en el interior del domicilio obtuvieron una media de 18,83 (DT = 1,25).

De la misma manera, la relación del test MNA comparada con la existencia de problemas neuropsicológicos fue estadísticamente significativa ( $p = 0,01$ ). Los ancianos con deterioro cognitivo importante obtuvieron una puntuación media en el MNA de 12,83 (DT = 3,15), mientras que aquellos que presentaban demencia moderada obtuvieron una puntuación media de 16,13 (DT = 2,99).

Relacionando la puntuación del MNA con la existencia de polimedicación en estos ancianos no se encontró una relación estadísticamente signi-

ficativa, aunque sí se pudo observar una mayor tendencia a sufrir desnutrición en aquellos ancianos polimedcados ( $p = 0,903$ ). Se encontró una puntuación media de MNA de 13,5 (DT = 3,51) en aquellos ancianos que tomaban cuatro o más fármacos, mientras que la puntuación obtenida en aquellos que tomaban menos fue de 15,41 (DT = 3,36).

Si nos referimos a la independencia para la alimentación en relación con el estado nutricional, se encontró que existe una diferencia estadísticamente significativa ( $p = 0,001$ ), siendo la puntuación media del MNA en aquellos ancianos que necesitaban ayuda de 12,62 (DT = 2,78), mientras que aquellos que comían solos con dificultad obtuvieron una media de 18,18 (DT = 1,93) y los que comían solos sin dificultad obtuvieron una media de 18,83 (DT = 1,26).

Al examinar el estado nutricional en relación con la pauta de suplementos nutricionales, se pudo observar una diferencia estadísticamente significativa ( $p = 0,028$ ), obteniendo aquellos ancianos que no tomaban ningún suplemento nutricional una puntuación media en el MNA de 14,34 (DT = 3,14) frente a aquellos que tomaban suplementos de tipo mixto, que obtuvieron la puntuación de 11,29 (DT = 3,51).

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Al llevar a cabo la valoración del estado nutricional en la población mayor institucionalizada con deterioro de la deglución se puede concluir que existe una gran proporción de ancianos que presentan un estado nutricional deficitario. Se observa que la mayoría de estas personas tienen asociada una patología de demencia, lo que supone una mayor dependencia en cuanto a actividades básicas de la vida diaria, como movilidad y alimentación, hecho que, como ya señala el estudio de Jürschik Giménez y cols., repercute directamente en el estado nutricional<sup>10</sup>. Ambos resultados sobre malnutrición y dependencia funcional pueden encontrarse de forma similar en el estudio de Galán Sánchez y cols., donde esta proporción fue del 75% de ancianos con desnutrición, y aquellos que presentaban disfagia tuvieron una puntuación baja en el Índice de Barthel<sup>11</sup>.

Así mismo, se puede observar que existe cierta relación entre el número de fármacos que toma el anciano y el estado nutricional que estos presentan. Este hecho ya aparece reflejado en el estudio de Lofrano y cols., en el que un 72,5% de ancianos mayores de 80 años que tomaban más de 5 fármacos se encontraban en estado de desnutrición en el momento de un ingreso hospitalario, porcentaje inferior al encontrado en nuestro estudio, en el que se refleja que el hecho de tomar cuatro o más fármacos tiene cierta relevancia en el estado nutricional<sup>12</sup>. Resultaría interesante buscar si existe alguna relación entre los diferentes tipos de fármacos que pudieran influir en la ingestión y palatabilidad de la alimentación y en el nivel de conciencia con la desnutrición encontrada en la muestra.

**Tabla 2.** Resultados generales del *Mini Nutritional Assessment*

Variable	Estado nutricional			Total n = 33	Mujeres n = 28 (84,84%)	Hombres n = 5 (15,15%)
	Sin riesgo n = 1	Riesgo de malnutrición n = 6	Malnutrición n = 26			
Apetito	Anorexia importante	0	0	2	2	0
	Anorexia moderada	0	2	9	8	3
	Sin anorexia	1	4	15	18	2
Pérdida de peso	Más de 3 kg	0	0	0	0	0
	No lo sabe	0	4	13	15	2
	Entre 1 y 3 kg	0	1	6	6	1
	Sin pérdida	1	1	7	7	2
Movilidad	Cama-sillón	1	3	26	25	5
	Autonomía interior	0	3	0	3	0
	Sale del domicilio	0	0	0	0	0
Enfermedad aguda	Sí	0	3	8	9	2
	No	1	3	18	19	3
Problemas neuropsicológicos	Demencia grave	0	2	22	20	4
	Demencia moderada	1	3	4	7	1
	Sin problemas	0	1	0	1	0
Polimedicación (>3 fármacos/día)	Sí	1	4	22	23	4
	No	0	2	4	5	1
Lesiones cutáneas	Sí	0	0	11	10	1
	No	1	6	15	18	4
Comidas completas/día	1 comida	0	0	3	3	0
	2 comidas	0	2	8	8	2
	3 comidas	1	4	15	17	3
Consumo lácteos, huevos-legumbres, carnes-pescado	1 Sí	0	0	1	1	0
	2 Sí	0	0	0		0
	3 Sí	1	6	25	27	5
Consumo fruta 2/día	Sí	1	5	8	13	1
	No	0	1	18	15	4
Vasos de líquidos diarios	<3 vasos	0	0	4	3	1
	3-5 vasos	1	4	17	18	4
	>5 vasos	0	2	5	7	0
Independencia alimentación	Ayuda	0	1	25	20	4
	Solo con dificultad	1	2	1	3	1
	Solo sin dificultad	0	5	0	5	0
Valoración subjetiva del estado nutricional	Malnutrición grave	0	0	0	0	0
	No lo sabe/malnutrición moderada	1	3	26	25	5
	Sin problemas	0	3	0	3	0
Percepción subjetiva de salud	Peor	0	0	0	0	0
	No lo sabe	1	5	26	27	5
	Igual	0	1	0	1	0
	Mejor	0	0	0	0	0

Tras la realización del test MNA, vemos que las pautas alimentarias generales recomendadas por la Organización Mundial de la Salud no se están llevando a cabo en este grupo de población, ya que un gran número de ancianos no llega a ingerir tres comidas completas diarias y no toman la cantidad suficiente de líquidos ni de los diferentes tipos de alimentos necesarios para una dieta sana y equilibrada.

En la muestra se encuentra que la gran mayoría de estos ancianos ingiere una dieta de tipo túrmix, sin apenas restricciones dietéticas, y las existentes son de tipo diabético. En el estudio de Torres Camacho y cols. se concluyó también una alta proporción de ancianos con deterioro de la deglución que tomaban este tipo de dieta, que era tan solo un 10% inferior a nuestro grupo<sup>5</sup>. Sin embargo, se debe tener en cuenta que la dieta túrmix supone una importante pérdida de las cualidades organolépticas de la alimentación y que podría asociarse a una ingesta subóptima, lo que aumenta el riesgo de desnutrición en estas personas. En el ámbito sociosanitario, apenas se dispone de estudios que valoren los tipos de dietas que se utilizan para los ancianos con disfagia. Existen estudios sobre la prevalencia de disfagia en las instituciones sociosanitarias, como el de Urzúa y cols., en el que se encontró una prevalencia de disfagia de 17,3%<sup>13</sup>. Sin embargo, en cuanto a las dietas, solo se hace referencia a la dieta triturada como dieta estándar, y a alimentación básica adaptada como forma de intervención, aunque no se hace mención a la diferencia de estado nutricional entre ancianos con distintos tipos de dieta.

Se puede observar que un gran porcentaje de estos ancianos con desnutrición no llevaba asociada una pauta de suplementos nutricionales, de la misma manera que pudo concluir Ferrero López y cols., siendo esta cifra incluso superior en un 5% en dicho estudio<sup>4</sup>. Sin embargo, estudios como el de Pérez Llamas y cols., en el que mediante la administración de suplementos nutricionales disminuyó el porcentaje de ancianos institucionalizados en riesgo nutricional de un 31,6% a un 21,1%, demuestran que la administración de suplementos nutricionales disminuye el riesgo de desnutrición<sup>14</sup>.

Como limitaciones a este estudio podemos reseñar que la muestra encontrada es pequeña, lo que supone una dificultad a la hora de inferir los resultados a poblaciones de mayor tamaño, por lo que sería recomendable ampliarlo a otras instituciones sociosanitarias de la provincia con las mismas características. Por este mismo motivo, y

debido a las características demográficas de la población anciana, en la muestra se encuentra un número muy reducido de hombres.

Otra limitación fue la cantidad de ancianos con disfagia que probablemente no fueron detectados y que podrían haber pasado inadvertidos debido a que dicha alteración se encuentra infradiagnosticada en el tipo de población estudiada, por la dificultad para realizar un diagnóstico de certeza, al igual que reflejan Almirall y cols. en su estudio de 2013<sup>15</sup>. Uno de los actuales métodos utilizados en nuestro país es el método de exploración clínica volumen-viscosidad, método que requiere ser realizado en unidades específicas y especializadas, debido a que es necesaria una monitorización y vigilancia exhaustiva para su realización, ya que compromete la seguridad del paciente durante la toma de diferentes tipos de texturas y su adaptabilidad. La realización de dicho método no se encuentra disponible en nuestra área de salud.

En cuanto a la estimación del IMC, puede no resultar exacta su medición debido a que se ha utilizado la medida del antebrazo para estimar la talla.

Tras evidenciar que muchos de los ancianos con alteración de la deglución llevan asociado un diagnóstico de demencia, se puede apreciar que existe dificultad a la hora de cumplimentar los apartados subjetivos del test MNA, hecho que podría condicionar la puntuación real del mismo. Por este motivo, se propone el uso de alternativas en la valoración nutricional que sean adecuadas a este tipo de población anciana, tal como se realiza en el estudio llevado a cabo por Camina Martín y cols. en el que se utiliza el test MNA, una valoración antropométrica y el protocolo de Chang en ancianos mayores de 83 años con un estadio GDS-FAST (*Global Deterioration Scale – Functional Assessment Stating*) mayor de 4<sup>1</sup>.

Para finalizar, creemos que es necesario que se realice una valoración geriátrica integral a los ancianos con alteración de la deglución en todos los medios donde residen (más concretamente en las instituciones sociosanitarias, con los recursos que están a nuestro alcance y con especial énfasis en la valoración nutricional), para que puedan recibir un asesoramiento nutricional adecuado e individualizado por parte de un equipo interdisciplinar cualificado ■

### Conflicto de intereses

Los autores declaramos que no hemos recibido ningún tipo de financiación para la realización del proyecto, ni poseemos intereses económicos o personales.

## BIBLIOGRAFÍA

- Camina-Martín MA, Barrera-Ortega S, Domínguez-Rodríguez L, Couceiro-Muiño C, De Mateo-Silleras B, Redondo-del Río MP. Presencia de malnutrición y riesgo de malnutrición en ancianos institucionalizados con demencia en función del tipo y estadio evolutivo. *Nutr Hosp.* 2012;27(2):434-40.
- Milà-Villaruel R, Formiga F, Duran-Alert P, Abellana-Sangrà R. Prevalencia de malnutrición en la población anciana española: una revisión sistemática. *Med Clin (Barc).* 2012;139(11):502-8.
- De Luis DA, Aller R, Izaola O. Menú de textura modificada y su utilidad en pacientes con situaciones de riesgo nutricional. *Nutr Hosp.* 2014; 29(4):751-9.
- Ferrero-López MI, García-Gollarte JF, Botella-Trelis JJ, Juan-Vidal O. Detección de disfagia en mayores institucionalizados. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2012;47(4):143-7.
- Torres-Camacho MJ, Vázquez-Perozo M, Parellada-Sabaté A, González-Acosta ME. Disfagia en ancianos que viven en residencias geriátricas de Barcelona. *Gerokomos.* 2011;22(1): 20-4.
- Herdman TH, editor. *NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2012-2014.* Barcelona: Elsevier; 2012.
- Irlés-Rocamora JA, García-Luna PP. El menú de textura modificada; valor nutricional, digestibilidad y aportación dentro del menú de hospitales y residencias de mayores. *Nutr Hosp.* 2014; 29(4):873-9.
- Guzmán-Díaz L, López-García de la Serrana H, Oliveras-López MJ. Estudio y seguimiento nutricional en una población de ancianos de un centro geriátrico. *Eur J Investig Health Psychol Educa.* 2014;4(2):89-99.
- Easterling C, Robbins E. Dementia and dysphagia. *Geriatr Nurs.* 2008;29:275-85.
- Jürschik-Giménez P, Botigué-Satorra T, Nuín-Orrio C, Lavedán-Santamaría A. Influencia de la textura de la dieta sobre el estado nutricional en adultos mayores. *Gerokomos.* 2009;20(3):105-8.
- Galán-Sánchez MJ, Santander-Vaquero C, Cortázar-Sáez M, de la Morena-López F, Susi-García R, Martínez-Rincón MC. Malnutrición asociada a disfagia orofaríngea en pacientes mayores de 65 años ingresados en una unidad médico-quirúrgica. *Enferm Clin.* 2013;24(3):183-90.
- Lofrano J, Jauregui JR, Spaccesi A, Rodota L, Musso CG. Prevalencia de desnutrición en el adulto mayor e impacto de la polifarmacia en el estado nutricional. *Electron J Biomed.* 2013;3:11.
- Urzúa A, Caqueo-Urizar A. Calidad de vida: una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica.* 2012;30(1):61-71.
- Pérez-Llamas F, Moregá A, Tóbaruela M, García MD, Santo E, Zamora S. Prevalencia de desnutrición e influencia de la suplementación nutricional oral sobre el estado nutricional en ancianos institucionalizados. *Nutr Hosp.* 2011;26(5):1134-40.
- Almirall J, Rofes L, Serra-Prat M, Icart R, Palomera E, Arreola V, et al. Oropharyngeal dysphagia is a risk factor for community-acquired pneumonia in the elderly. *Eur Respir J.* 2013;41(4):923-8.
- Gómez-Busto F, Andía-Muñoz V, Sarabia M, Ruiz-de Alegría L, González-de Viñaspre I, López-Molina N, et al. Suplementos nutricionales gelatinizados: una alternativa válida para la disfagia. *Nutr Hosp.* 2011;26(4):775-83.
- Sánchez-Campillo M, Torralba C, López MA, Zamora S, Pérez-Llamas F. Estrategias para mejorar el valor nutricional de los menús ofertados en residencias públicas para personas mayores. *Nutr Hosp.* 2010;25(6):1014-9.
- Abajo-del Álamo C, García-Rodicio S, Calabozo-Freile B, Ausín-Pérez L, Casado-Pérez J, Catalá-Pindado MA. Protocolo de valoración, seguimiento y actuación nutricional en un centro residencial para personas mayores. *Nutr Hosp.* 2008;23(2):100-4.
- Clave P, Arreola V, Velasco N, Quer M, Castellvi JM, Almirall J, et al. Diagnóstico y tratamiento de la disfagia orofaríngea funcional. Aspectos de interés para el cirujano digestivo. *Cir Esp.* 2007;82:62-76.