

Universitat de Lleida
Facultat de Medicina
Grau en Nutrició Humana i Dietètica



Estudi de valoració de la ingesta diària en la
gent gran institucionalitzada amb disfàgia

Inés Gandarillas Martínez

Curs 2015/2016

Estudi de valoració de la ingesta diària en la
gent gran institucionalitzada amb disfàgia

Treball Final de Grau presentat per: Inés Gandarillas Martínez

Tutora: Jessica Miranda Iglesias

Índex

JUSTIFICACIÓ	1
ANTECEDENTS	2
METODOLOGIA.....	12
1. Mostra de població:	12
2. Proves de cribatge:	13
3. Variables a estudiar:.....	15
RESULTATS	16
DISCUSSIÓ.....	26
CONCLUSIÓ	29
BIBLIOGRAFIA.....	30
ANNEXES	31
ANNEX 1.....	33
ANNEX 2.....	35

JUSTIFICACIÓ

La disfàgia és un problema que afecta a gran part de la població de gent gran a tot el món, especialment en països desenvolupats on l'esperança de vida és més alta que en la resta dels països, és on apareixen més problemes relacionats amb la població anciana.

Amb l'edat avançada les persones comencen a patir múltiples afectacions i malalties de forma que apareixen les pluripatologies i altres problemes. Entre ells hi ha la deglució, que es veu afectada per la edat. Dificultant als pacients l'alimentació necessària per mantenir una salut adequada a les seves situacions personals.

La disfàgia és l'alteració o dificultat en el procés de la deglució. Es un símptoma que apareix amb freqüència, un 40 % en persones d'edats avançades institucionalitzades. Les persones que pateixen disfàgia, poden tenir alterada l'eficàcia de la deglució, per tant, la capacitat per alimentar-se i hidratar-se.

L'estudi es realitza en una residència de gent gran de Lleida on tenim una mostra de la població significativa i generalitzada de la resta de població d'edat avançada de la ciutat.

Es vol determinar el risc de disfàgia en persones grans que viuen en una institució, es centra en la detecció d'aquest risc mitjançant diferents tests. Els objectius secundaris són:

1. Determinar si existeix relació entre la disfàgia i l'estat nutricional dels residents.
2. També determinar si la ingesta diària d'aquests usuaris juntament amb el tipus de dieta que tenen és la adequada segons el seu estat nutricional, els seus requeriments i el grau o no de disfàgia que presentin.

ANTECEDENTS

La deglució d'aliments és el procés de transport pel que aquests i els líquids passen des de la boca fins l'estómac. En situacions de normalitat la llengua i els músculs de la masticació treballen en conjunt per impulsar els aliments, mastegats, cap a la faringe. A partir d'aquí es produeixen un sèrie de moviments que coordinen successives contraccions i relaxacions que fan passa el bol alimentari de la boca fins a l'estómac.

La disfàgia és l'alteració o dificultat en el procés de la deglució d'aliments, una anormalitat en el procés natural de transport del bol alimentari. Es un símptoma que apareix entre un 7-22% en gent gran, 15% en domicili i més de 40% en institucions. La disfàgia en sí no és una malaltia sinó un símptoma causat per altres malalties, com demència en persones grans, tumors, estenosis entre altres. [1]

Les persones que pateixen disfàgia, poden tenir alterada l'eficàcia de la deglució, per tant, la capacitat per alimentar-se i hidratar-se. Així doncs poden presentar quadres de desnutrició i deshidratació.

Existeixen dos tipus de disfàgia segons la localització en el tracte digestiu en el qual es produeix els símptomes.

- Disfàgia orofaríngea: l'alteració es produeix en les fases oral i faríngia, que són causades per múltiples factors. Alguns poden ser per danys cerebrals o malalties neurodegeneratives com demències, Parkinson, esclerosi múltiple, etc. En altres casos es deuen a malalties neuromusculars, paràlisis cerebral, així com malalties de l'esfínter esofàgic superior i, en menor freqüències, infeccions sistèmiques.

Però no només aquest tipus de disfàgia es produeix per causes neurològiques, sinó que també apareixen les causes estructurals en la faringe. Per causes estructurals es refereix a tumors de cap o coll o seqüeles al seu tractament, malformacions congènites craniofacials, estenosis o traumatismes craniofacials.

- Disfàgia esofàgica: afecta a la fase esofàgica de la deglució. Aquesta es produïda generalment per una obstrucció mecànica, és a dir, a una anormalitat en la motilitat de l'esòfag que pot ser deguda a l'edat avançada, al tabaquisme o a l'etilisme entre altres.

Signes d'alerta que avisen de possible risc de disfàgia

- Dificultats per empassar sòlids
- Dificultats per empassar líquids
- Infeccions respiratòries freqüents
- El menjar retorna a la boca o al nas després d'haver-lo empassat
- Després d'empassar queda la sensació de tenir restes de menjar enganxats a la faringe

Síntomes específics:

- Dificultats per mastegar
- Baveig
- Tos. Abans, durant i després d'empassar els aliments.
- Reflux nasal
- Bloqueig
- Restes de menjar en la boca o faringe
- Canvis en la qualitat de la veu

Síntomes inespecífics.

- Modificacions en el desenvolupament de l'àpat
 - Augment de la durada
 - Restricció d'aliments
- Alteració de l'estat general
 - Pèrdua de pes
 - Febre sense infeccions
- Conseqüències a nivell pulmonar
 - Tos crònica
 - Bronquitis crònica
 - Pneumònia
 - Augment de secrecions bronquials

També poden existir alteracions en la seguretat de la deglució, amb perill de que es produeixin complicacions respiratòries. Existeixen alteracions de la eficàcia de la deglució, aquestes ocasionen una pèrdua de la capacitat per alimentar-se i per

mantenir un nivell òptim de nutrició i hidratació. Es a dir, alteracions de la eficàcia poden provocar desnutrició i deshidratació. [1] [2]

En altres casos es produeixen alteracions de la seguretat que provoquen una pèrdua de al capacitat de realitzar la ingesta sense cap perill de que hi hagi un pas d'algun aliment al sistema respiratori.

La detecció anticipada dels símptomes, la valoració individual dels pacients, la realització de proves complementaries, el plantejament de les intervencions terapèutiques i la monitorització dels resultats requereixen la col·laboració de diversos professionals adequats als seus camps de treball.

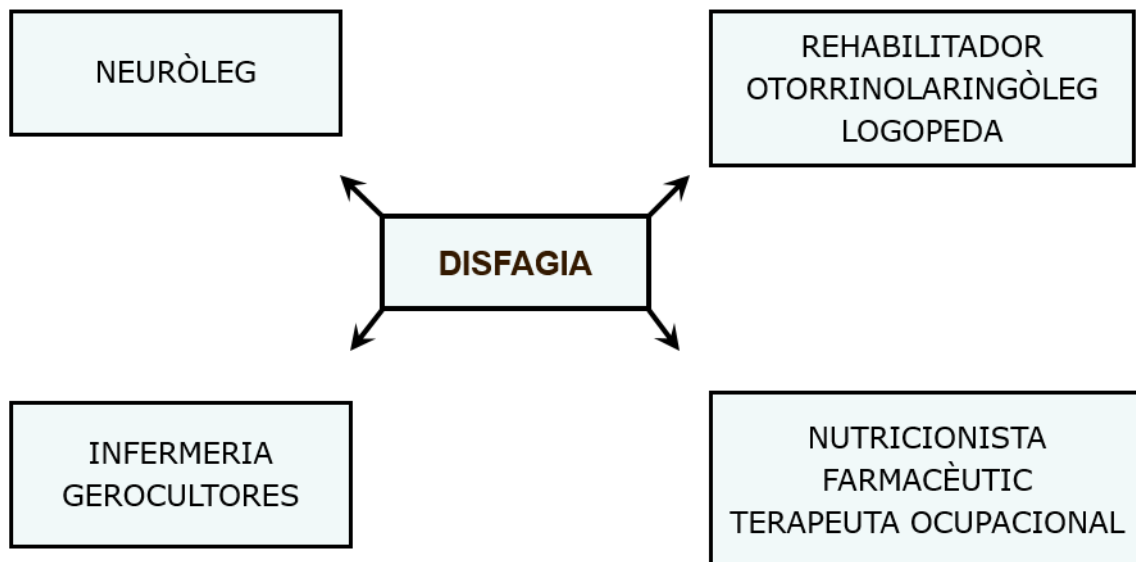


Figura 1. Quadre gràfic de la relació de la disfàgia amb diferents professionals de la salut.

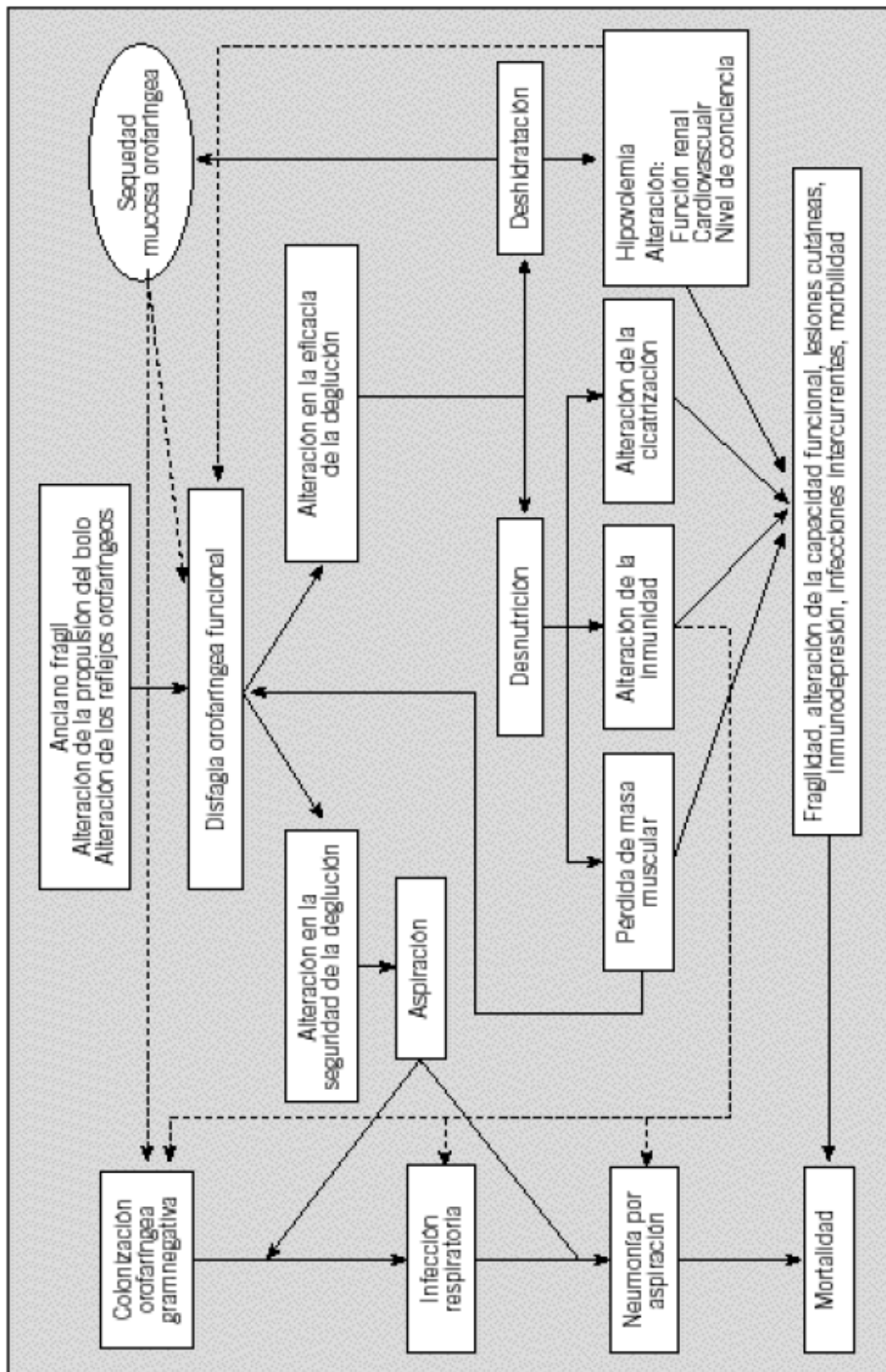


Figura 2. Quadre de les conseqüències i efectes produïts per la disfàgia.

En estudis diferents es demostra que existeixen algunes mesures terapèutiques que ajuden a reduir lleugerament la disfàgia des del punt de vista de la rehabilitació. [3] [4]

En una dieta per a una persona gran que pateix disfàgia és fonamental:

- Garantir una nutrició i hidratació adients.
- Adaptar la textura dels aliments sòlids i dels líquids per aconseguir una alimentació segura a fi d'evitar ennuegaments i broncoaspiracions de menjar, que poden derivar en infeccions pulmonars.

L'objectiu és preparar aliments que ajudin la persona a fer un bol alimentari que sigui fàcil i segur d'empassar i, a més, fer àpats variats per tenir una alimentació el més completa possible mirant que tingui un aspecte, olor i sabor agradables.

Algunes informacions bàsiques i recomanacions generals a tenir en compte en elaborar plats per a persones amb disfàgia poden ser, tenint sempre en compte que dependrà del tipus i grau de la disfàgia:

- Evitar el cansament de la persona a l'hora de menjar fent petits àpats, varies vegades al dia. Es recomana no estar més de 30 minuts menjant. També és recomanable fer plats únics i nutritius.
- Garantir la ingesta de 2 litres d'aigua al dia (incloent els lactis i altres líquids espessits).
- Modificar la textura dels aliments sòlids i líquids per adaptar-los al que li vagi millor a la persona per deglutir. Per exemple, es poden espessir els líquids si cal, o triturar els aliments sòlids.
- Administrar només els aliments que sabem que es poden mastegar i empassar amb seguretat.
- Preparar els aliments perquè siguin homogenis, melosos i fàcils de mastegar. Evitar grumolls, ossos i espines. Textura homogènia, sense barreja de textures per facilitar la deglució al pacient.
- Si la persona té dificultats per empassar líquids és millor donar-li líquids amb una consistència semi sòlida com la de les cremes de verdura, purés de fruita,

iogurts, natilles, quallades o formatge fresc. També cal evitar líquids de consistència fina com aigua, brous, infusions, etc.

- Una bona manera d'aconseguir que les persones grans amb disfàgia ingereixin prou líquid és emprar gelatina. És important però, que en triem una que no es dissolgui amb facilitat amb la saliva o que no estigui un temps a temperatura ambient, perquè es pot tornar líquida.
- Evitar les dobles textures amb barreja de líquids i sòlids en un mateix plat: per exemple, barrejar sopes amb llegums sense passar per la batidora, brioixos o magdalenes mullades en llet...
- Evitar els aliments que en mastegar-los desprenen líquid com per exemple: síndria, meló, taronges... també aquells que es poden convertir en líquid (com determinats tipus de gelats).
- Evitar aliments enganxosos que puguin quedar adherits al paladar perquè provoquen cansament.
- Evitar aliments fibrosos o amb filaments com: pinya, taronja, algunes verdures i carns fibroses, etc.
- Tenir en compte que els aliments freds o calents s'empassen millor que els tebis, perquè els resident acostumen a perdre la sensació del gust i no noten els aliments a temperatura ambient, el que dificulta la deglució.
- Evitar les begudes alcohòliques i gasoses.

En la disfàgia a aliments sòlids la solució és la introducció de dietes amb una consistència, textura diferents a la normal. Són dietes en les que el menjar és més espès, i sense barreja de textures en un mateix plat. S'augmenta la viscositat dels aliments per convertir-los en purés o similars.

Per tractar la disfàgia per a líquids s'utilitzen unes substàncies, els espessants que modifiquen la textura d'aquests líquids. Aquests espessants es produeixen a partir de midons o gomes, o també de proteïnes. El seu objectiu és augmentar al viscositat del líquid amb el que es barreja sense modificar substancialment les seves altres característiques.

- Consistència líquida: es refereix als líquids fins com aigua, infusions, cafè, refrescs...
- Consistència de tipus nèctar: seria com la que tindria un suc de tomàquet o de préssec.
- Consistència de tipus mel: com el seu nom indica, el líquid tindria una consistència semblant a la de la mel. En decantar-lo ho faria en gotes.
- Consistència de tipus púding: seria com la d'una quallada, flam, gelatina...

Per aconseguir diferents textures del líquids s'afegeixen quantitats d'espessant diferents. A més quantitat de l'espessant la viscositat del líquid augmenta, produint variades consistències, nèctar, mel i púding.

Consistència	Característiques
LÍQUID	Aigua, brous, infusions, té, cafè, refrescs sense gas
NÈCTAR	Textura de suc de tomata o préssec. Cau com líquid espès. Es beu en got o amb palleta.
MEL	Es pot beure en got, però no amb palleta. Cau com gotes grosses.
PUDDING	No se pot beure en got. Només amb cullera. Cau formant blocs

Taula 1. Quadre de les principals característiques de les diferents consistències de líquid amb espessant.

Es poden utilitzar altres formes per aconseguir textures més espesses en aliments que siguin generalment líquids. S'afegeix substàncies com almívar, purés de cereals, tapioca, patata i altres per donar consistències tipus nèctar, mel i púding.

Aliment	Textura nèctar-mel	Textura púding
Suc de fruita (100 cc)	Afegir 60 g de préssec en almívar o plàtan.	Afegir 120 g de préssec en almívar o plàtan.
Llet (100 cc)	Afegir 3 c. postres de puré de cereals.	Afegir 5 c. postres de puré de cereals.
Brou (100 cc)	Afegir 3 c. postres de puré cereals, sèmola, tapioca o puré de patates.	Afegir 5 c. postres de puré cereals, sèmola, tapioca o puré de patates.
Per líquids	Afegir 1-2 cullerades soperes d'espessidor de sabor neutre.	Afegir 3 cullerades soperes d'espessidor de sabor neutre.

Taula 2. Descripció de formes en que es pot modificar la textura dels aliments amb mètodes simples.

Es va decidir realitzar l'estudi en aquest centre per que la mostra era la adequada, hi havia una intervenció per tractar la disfàgia a sòlids, en forma de dieta texturitzada. Aquesta dieta consisteix en canviar la textura de cada plat del menú de forma que quedi homogènia i separant els primers plats dels segons, a diferència de la dieta triturada.

Es una dieta específica per persones que presenten problemes en la deglució, els aliments es converteixen en una massa homogènia i espessa que facilita la deglució. Aquesta dieta intenta mantenir l'energia i els nutrients de la dieta normal per assegurar una alimentació equilibrada i adequada.

Espessants: s'utilitzen en pacients amb disfàgia a líquids. Hi ha diferents tipus de consistències pels diferents graus de disfàgia dels pacients. Consistència líquida, consistència de tipus nèctar, consistència de tipus mel, consistència de tipus púding

Dietes de la residència:

Els àpats en la residència d'aquests pacients és dirigida per un servei de cuina extern privat que proveeix de les matèries necessàries per a realitzar els menjars, així com el personal adequat per dur a terme aquestes tasques, proveïdors, dietista, cuines, etc.

Les instal·lacions de cuina es troben en el mateix edifici de la residència, pel que els menjars es produeixen en cadena calenta sense necessitat de refredar el menjar un cop preparat.

El servei de cuina serveix els àpats repartits en esmorzar, dinar, berenar i sopar.

L'esmorzar consisteix en una cafè amb llet i un entrepà o galetes per als que vulguin triar. Sempre es serveix el mateix esmorzar durant tots els dies de la setmana a la mateixa hora 9-10 del matí.

El dinar es prepara en la cuina per ser servit a la 1 del migdia, els menjars varien segons el dia. Hi ha un cicle de quatre setmanes en el qual s'intenta evitar repetir els plats i a la vegada que siguin equilibrats i adequats per a aquests pacients. Els menús preparats per la empresa de càtering es diferencien en menús d'estiu i d'hivern amb plats diferents i adients a les estacions.

El berenar es serveix a les quatre de la tarda i després de que els pacients hagin fet un descans per dormir una mica. En aquest àpat es reparteix iogurt o altres postres làctics per als residents que ho desitgin i acompanyat d'unes galetes. En el cas que algun dels residents preferís no prendre el berenar, es deixa perquè la seva sensació de gana es troba reduïda i ha passat un període curt de temps des de l'últim àpat, així com es pot trobar cansat o endormiscat després del descans.

En el sopar consisteix en el mateix format que el dinar, una rotació de quatre setmanes en dos menús d'estiu i hivern.

Tipus dieta	Consistència
Basal	Normal
Hiperproteica	Texturitzada
Hipocalòrica	
Diabètica	

Taula 3. Descripció dels tipus de dieta en la residència.

Cada un dels diferents tipus de dieta pot aparèixer en dos tipus de consistència, ja sigui normal o de forma texturitzada.

Variables de l'estudi

L'estat nutricional dels residents és un factor important a analitzar, de forma que es calcula el IMC (índex de massa corporal) determina de forma imprecisa l'estat nutricional dels pacients, perquè no especifica el volum de massa grassa de la massa muscular del pacient. El IMC es determina mitjançant la fórmula amb la talla i el pes actual de la persona. Aquesta dada aporta informació sobre la valoració de l'estat del pacient en relació al pes d'aquest.

Una variable que s'analitzarà en l'estudi és el deteriorament cognitiu, aquest pot afectar a la deglució de les persones grans, reduint els seu reflex per tragar i augmentar els riscos d'aspiracions. A més les múltiples patologies que sovint presenten els pacients també alteren la capacitat de deglució dels mateixos.

Les conseqüències de la disfàgia amb elevats GDS (Global Deterioration Scale) són importants i en ocasions solen ser greus i perilloses. La pèrdua involuntària de pes que condueix a la deshidratació i la desnutrició són efectes molt freqüents.

A més es relaciona amb la depressió dels pacients i el seu compromís amb la qualitat de vida que segueixen.

METODOLOGIA

S'explica el procediment amb el qual es du a terme l'estudi i es descriu la mostra de població a la que es realitza les proves.

1. Mostra de població:

Es tracta d'una mostra de 96 usuaris, el 100% del centre, de més de 80 anys en la Residència i Centre de Dia per a gent gran Lleida Balafia de Lleida. (*Annex 2*)

		GÈNERE		
		Freqüència	Percentatge	Percentatge acumulat
Vàlid	HOME	21	21,9	21,9
	DONA	75	78,1	100,0
	Total	96	100,0	

Taula 4. Quadre de freqüència de gènere de la població.

Amb una mitja d'edats mostrada en la taula.

EDAT		
Mitjana	N	Desviació estàndard
86,45	96	7,043

Taula 5. Quadre de mitjana d'edat de la població.

Estadístics descriptius					
	N	Mínim	Màxim	Mitjana	Desviació estàndard
EDAT	96	67	100	86,45	7,043
N vàlid	96				

Taula 6. Quadre de màxim i mínim d'edat de la població.

2. Proves de cribatge:

Per detecció dels símptomes i cribatge per al risc de disfàgia es fan servir dos tipus de proves:

- Test EAT-10: qüestionari senzill i ràpid de realitzar que determina si una persona presenta risc de patir disfàgia i descarta aquells pacients que no en tinguin. A partir de una puntuació de 3, es considera que hi ha risc. (*Annex 1*).
- MECV-V: test de viscositat que es realitza al pacients per determinar la presència de disfàgia. En el procés de realització es determina quin tipus de disfàgia pateix el pacient, a quina textura es considera segur la deglució i a quina es provoca efectes de disfàgia. Altra indicació que dóna la prova és el volum de líquid que pot prendre la persona sense que es produeixi efectes perillosos i fora de la zona de seguretat pel pacient. (*Annex1*). [5]

Amb els resultats de les proves EAT-10 i després les MECV-V es determina quins dels residents són susceptibles tenir risc de disfàgia i quins realment presenten disfàgia.

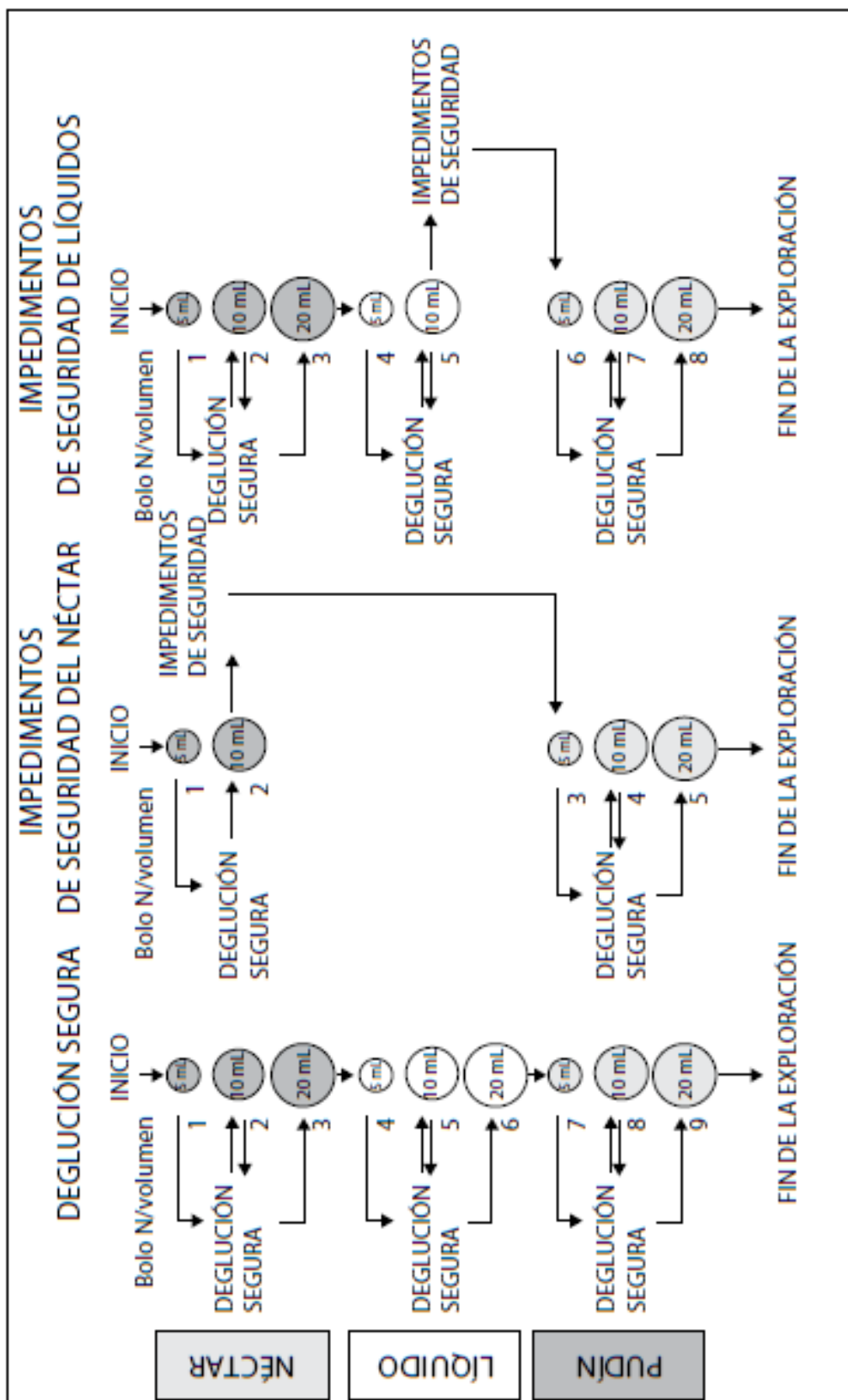


Figura 3. Esquema del mètode d'execució de la prova MECV-V.

3. Variables a estudiar:

- El IMC, per la valoració de l'estat nutricional dels usuaris.

$$\text{IMC} = \text{Pes} / \text{Talla}^2$$

- El deteriorament cognitiu, GDS
- Els requeriments energètics diaris de cada resident. S'utilitza la fórmula de Harris-Benedict per realitzar el càlcul segons homes i dones.

$$\text{En dones: } 655.1 + (9.56 \times \text{pes kg}) + (1.85 \times \text{altura cm}) - (4.68 \times \text{edat})$$

$$\text{En homes: } 66.47 + (13.75 \times \text{pes kg}) + (5 \times \text{altura cm}) - (6.75 \times \text{edat})$$

RESULTATS

Els efectes que produeix la disfàgia són importants. A part de la desnutrició un altre efecte comú en la disfàgia segons molts estudis és la broncoaspiració, i la problemàtica resideix en la pneumònia posterior a l'aspiració. [2] [3]

Un altre punt important és que la disfàgia també causa que l'estada hospitalària es faci més llarga del que normalment es considera en el mateix pronòstic i situació.

La prevalença en pacients institucionalitzats és més elevada que en persones grans que viuen de forma independent, degut al seu grau de dependència per la vida diària.

El 50% usuaris institucionalitzats presenten dependència funcional per les AVDB (activitats de la vida diària bàsiques).

Percentatge de diagnòstics de disfàgia:

Resultats de les proves EAT-10: 20%

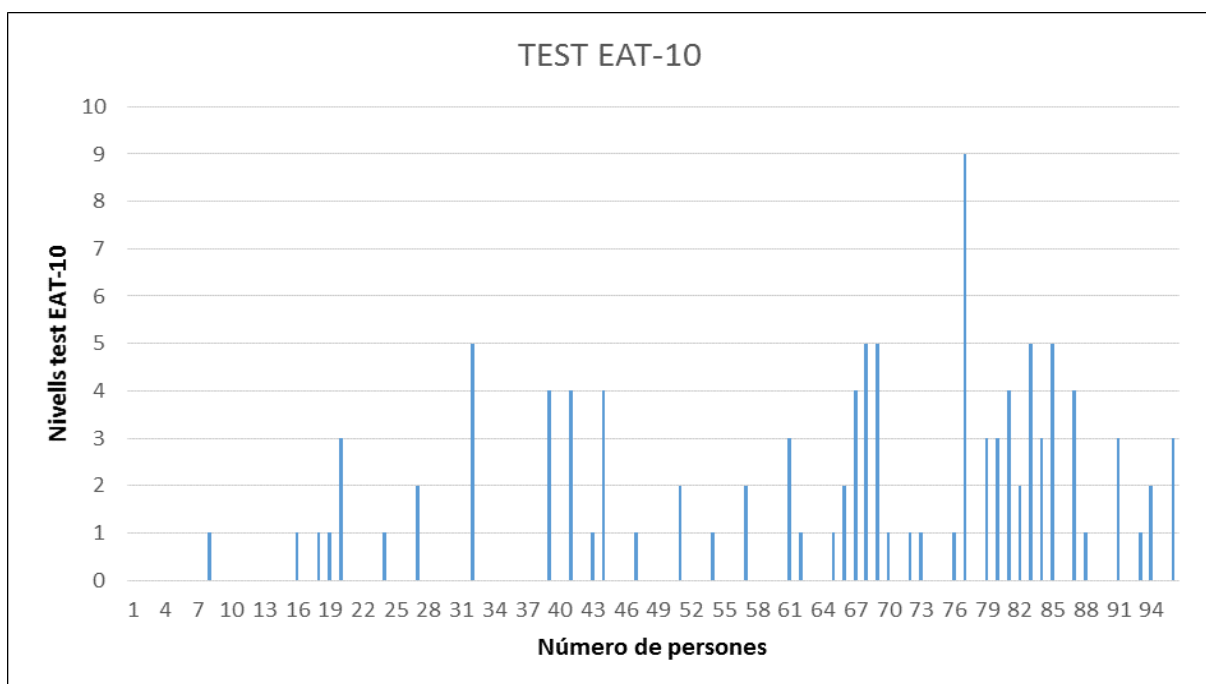


Figura 4. Resultats dels tests EAT-10.

Resultats de les proves realitzades mostren que el 20 % dels usuaris mostren resultats positius a l'hora de realitzar els test EAT-10, que determina la presència de risc de

patir disfàgia en aquest tipus de gent. Els resultats de risc de disfàgia es consideren positius quan els nivells de les preguntes del test són iguals o superiors a 3.

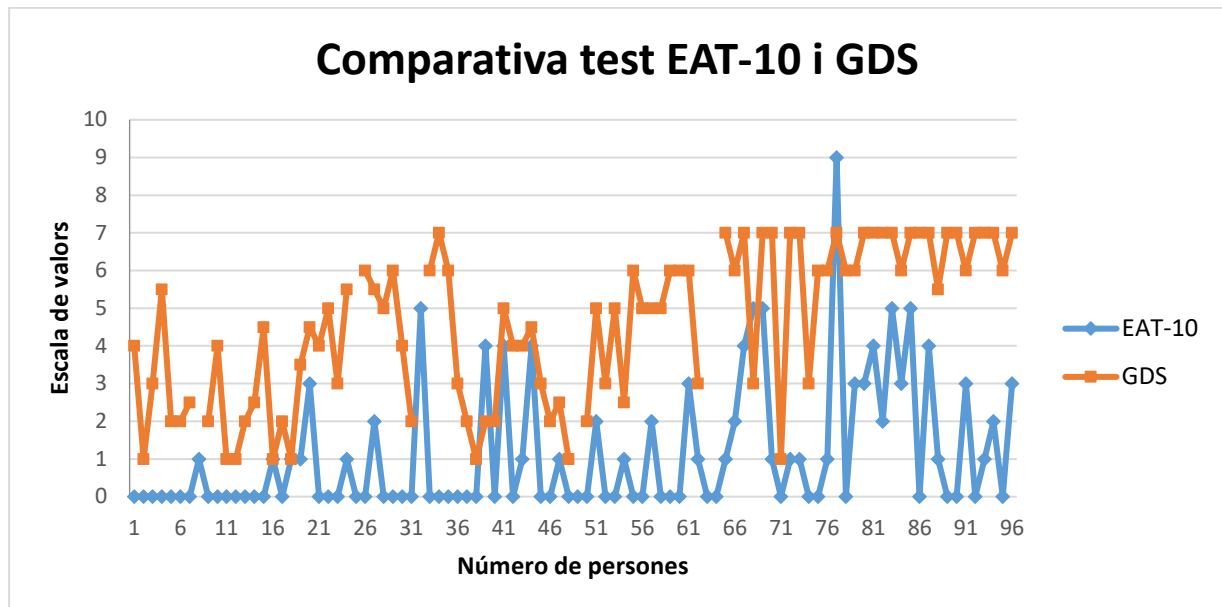


Figura 5. Gràfic comparatiu del test EAT-10 i el GDS.

La relació entre els resultats obtinguts dels test EAT-10 mostra que hi ha certa tendència, a mesura que els nivells de GDS augmenten, s'observa que els valors dels test de disfàgia també augmenten significativament. En un 20% de persones de la mostra es veu que presenten risc de disfàgia i també nivells de GDS elevats.

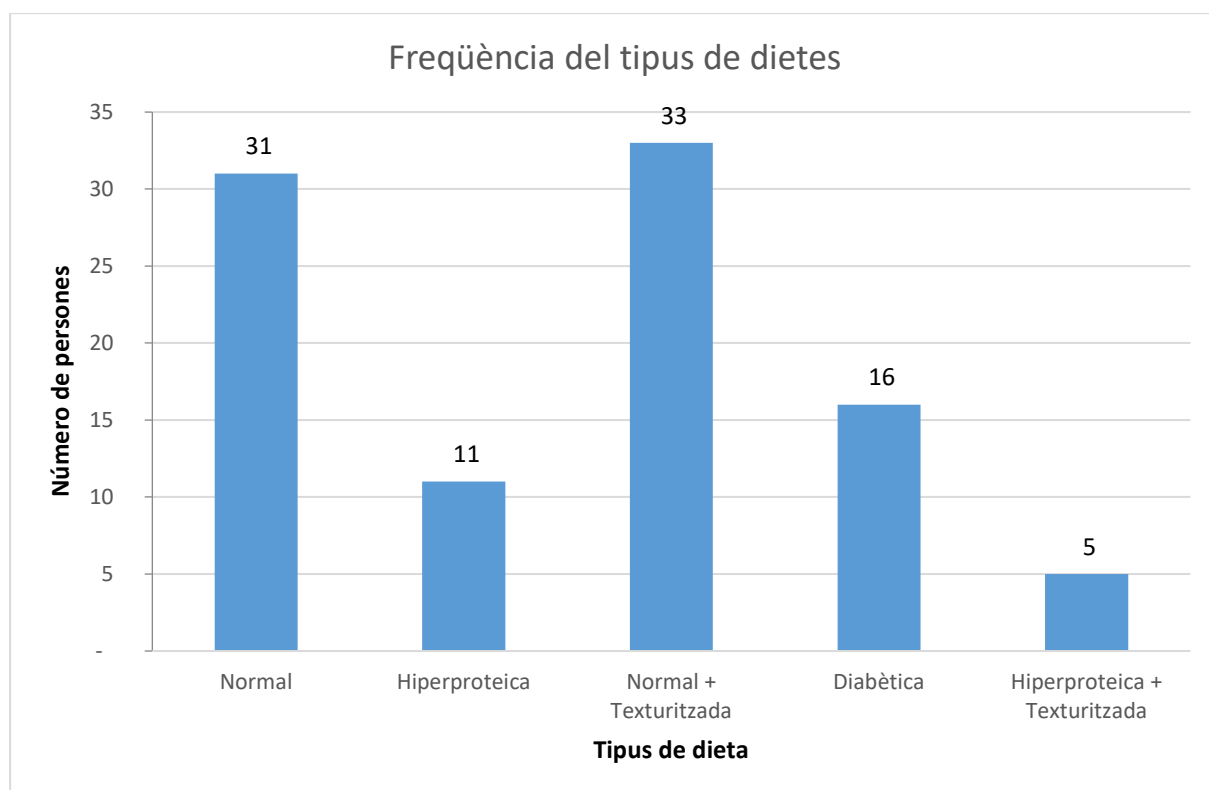


Figura 6. Gràfic de freqüència del tipus de dietes de la residència.

Els tipus de dietes més predominants en la residència són la normal texturitzada, que es indica per als casos de disfàgia que es donin entre els pacients. La segona dieta que més es presenta és la dieta normal per a residents que no pateixen cap problema de deglució ni de desnutrició de cap tipus. D'altra banda també estan les dietes hiperproteiques per a residents amb desnutrició proteica, dietes diabètiques i la combinada de texturitzada i hiperproteica per a casos extrems de dificultat de deglució i a més, desnutrició definida proteica.

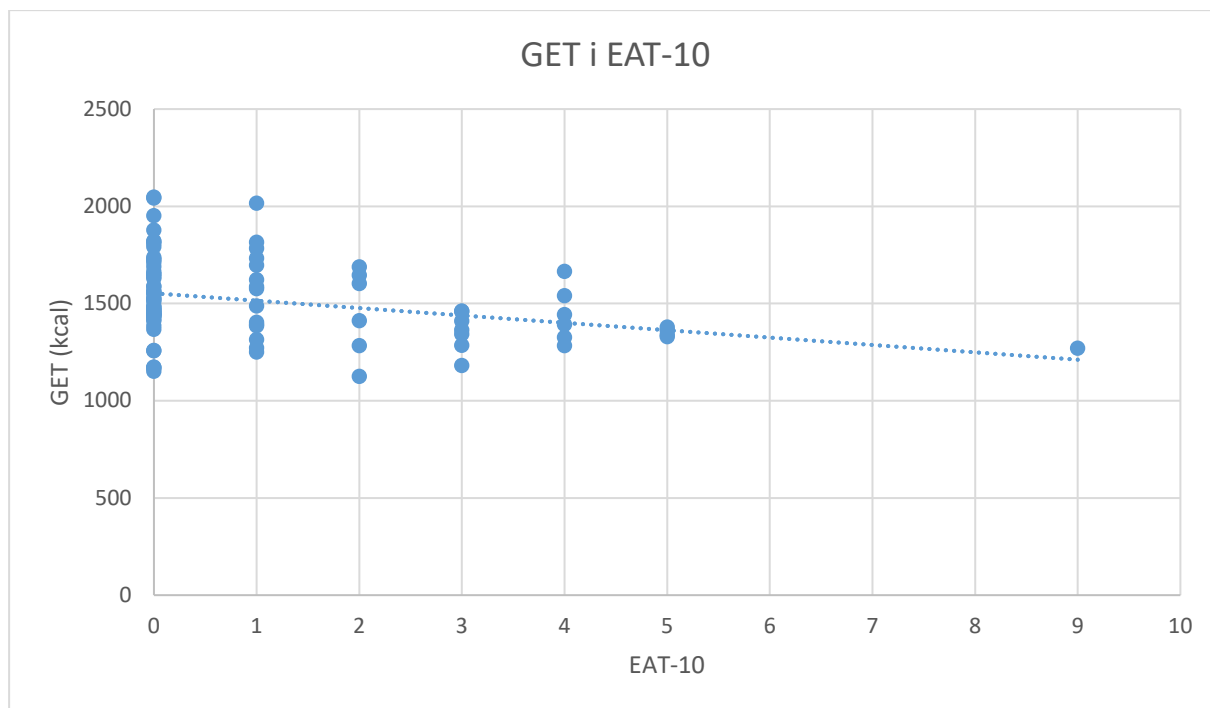


Figura 7. Gràfics del consum energètic total i el test EAT-10.

Els resultats mostren la comparació de els diferents nivells dels test EAT-10 de risc de disfàgia amb els requeriments energètics dels pacients de la residència. Amb ajuda de la línia de tendència aplicada en la figura, es mostra que a mesura que el risc de disfàgia augmenta, els requeriments energètics totals disminueixen.

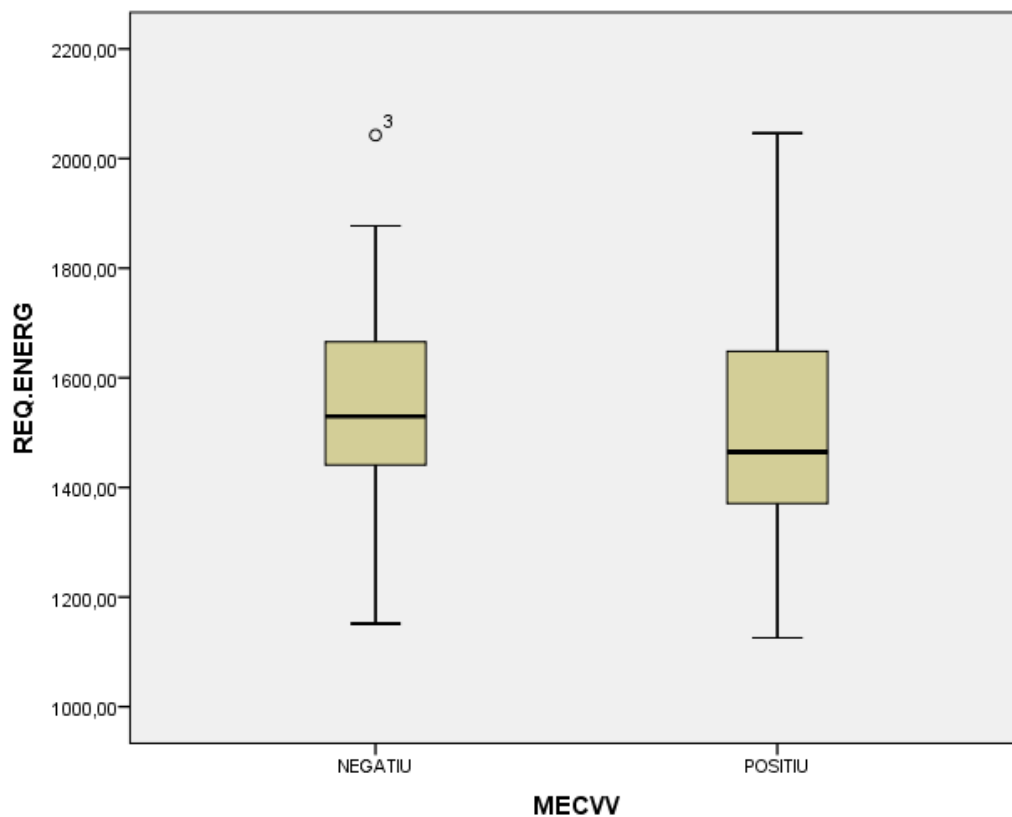


Figura 8. Distribució dels requeriments energètics dels pacient segons els resultats del MECV-V.

Es mostra que hi ha una petita diferència entre els pacients amb resultats positius i negatius de MECV-V. Es tracta que els pacients amb disfàgia tenen uns requeriments energètics diaris lleugerament inferiors a aquells pacients que no presenten problemes de disfàgia.

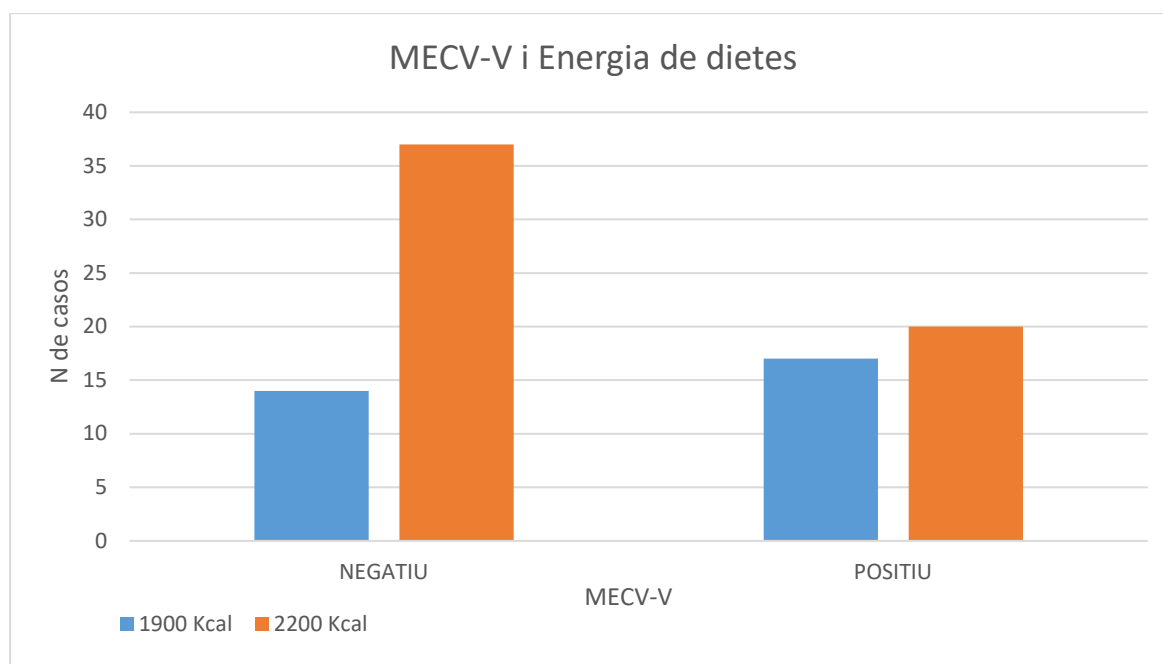


Figura 9. Comparativa de l'energia de les dietes amb els resultats del MECV-V.

Quan es comparen el nombre de dietes de cada tipus davant dels resultats del MECV-V, s'observa que en el cas dels pacients que no presenten disfàgia hi ha una gran prevalença de persones als que se'ls aporta dietes de 2200 kcal superant amb gran diferència les dietes de 1900 kcal. D'altra banda, residents amb resultat positius en la prova tenen una igualtat dietes de 1900 kcal i 2200 kcal.

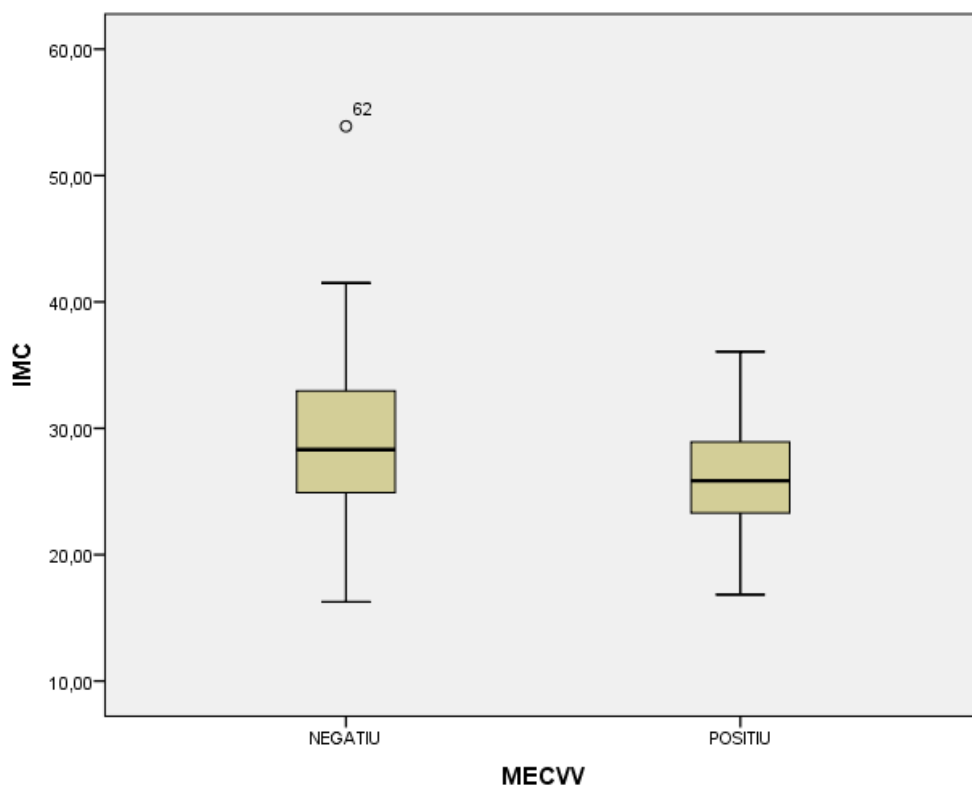


Figura 10. Disposició del IMC segons els resultats de la prova MECV-V.

Es mostra la relació entre el IMC i els resultats de la prova MECV-V, observant que en el cas dels pacients amb resultats negatius de disfàgia presenten uns majors nivells de IMC.

Els resultats que s’han obtingut de les proves de viscositat i textura MECV-V, demostren que hi ha variacions entre els resultats que s’indicaven en els test del EAT-10.

		MECVV		Total
		NEGATIU	POSITIU	
EAT-10	NEGATIU	48	26	74
	POSITIU	3	11	14
Total		51	37	88

Taula 7. Relació dels resultats obtinguts de les dues proves de cribatge de disfàgia.

En la taula creuada dels dos tipus de proves es veuen resultats interessants. En el cas de les dues proves donant negatius, hi ha 48 residents que coincideixen. D'altra banda només 11 usuaris surten positius en les dues proves de cribratge.

Els resultats de la prova MECV-V mostren que hi ha un prevalença del 42% sobre el total de pacients de la mostra de població

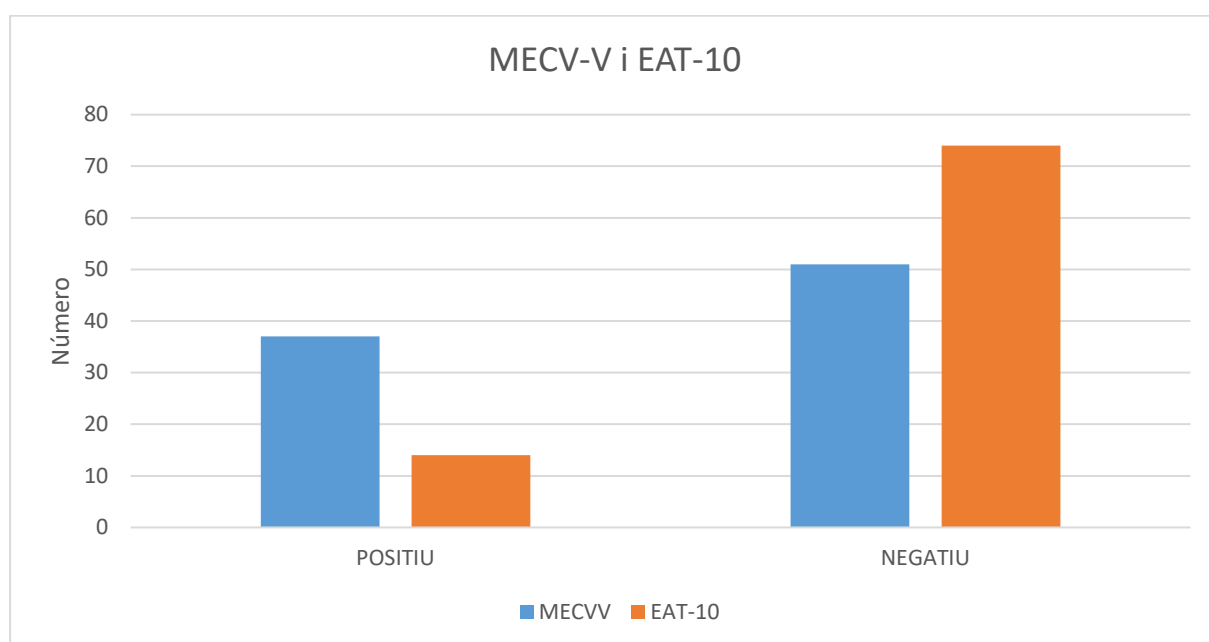


Figura 11. Resultats de les proves del test EAT-10 i de la prova MECV-V.

En els resultats de les proves obtingudes a partir de dos tipus diferents de test per a la detecció de disfàgia, s'observa que hi ha una gran diferència. D'acord amb la prova del test EAT-10, en el que es realitzen preguntes als pacients directament, es determina que la quantitat de residents amb resultats negatius és molt més elevada que els positius. S'observen 74 negatius i 14 positius. En canvi, després de realitzar les proves MECV-V, els resultats són més similars, amb uns 51 pacients negatius i 37 positius.

Les proves es realitzen per a la determinació de disfàgia, i en aquest cas els resultats són significativament diferents segons el mètode que s'utilitza.

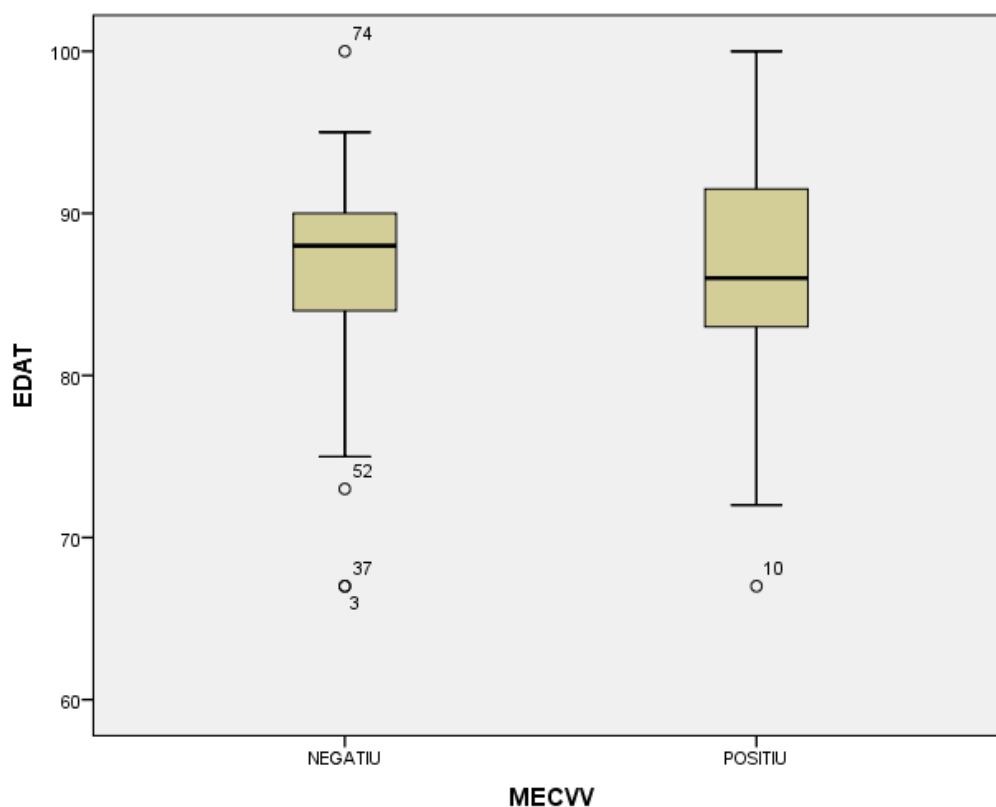


Figura 12. Distribució dels resultats de la prova MECV-V segons l'edat.

En els resultats de la prova MECV-V segons les edats dels pacients de la mostra, no s'observen diferències entre els negatius i els positius. Descartant la possibilitat de que en mostres representatives de gent gran en aquest centre, l'edat sigui un factor específic de patir disfàgia.

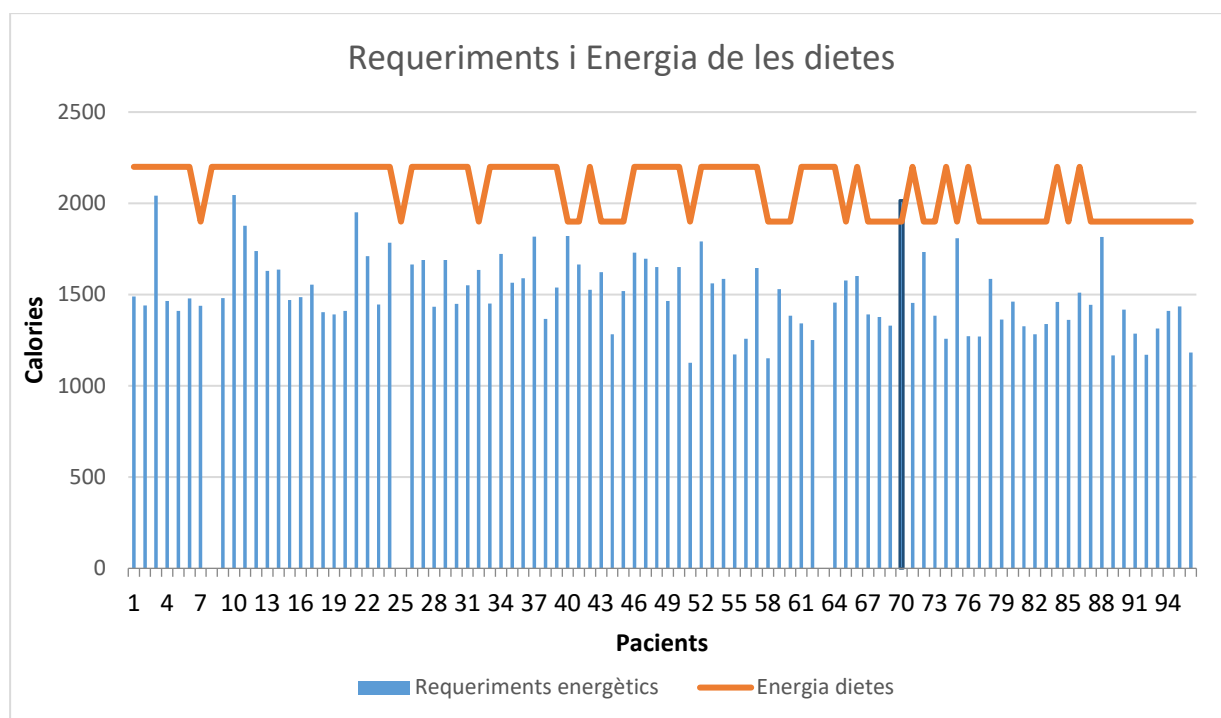


Figura 13. Comparació dels requeriments energètics dels pacients amb el total d'energia aportada en les dietes de la residència

S'observa que les dietes aportades als pacients cobreixen les seves necessitats amb gran marge, a excepció d'un cas. En aquest cas els requeriments diaris energètics no queden coberts per la dieta, creant un possible cas de desnutrició.

DISCUSSIÓ

Dieta texturitzada que s'utilitza en aquesta residència és la dieta específica per persones que presenten problemes en la deglució, els aliments es converteixen en una massa homogènia i espessa que facilita la deglució. Aquesta dieta intenta mantenir l'energia i els nutrients de la dieta normal per assegurar una alimentació equilibrada i adequada.

Resultats de les proves realitzades mostren que el 20 % dels residents en la institució mostren resultats positius a l'hora de realitzar els test EAT-10, que determina la presència de risc de patir disfàgia en aquest tipus de gent.

Els requeriments energètics es relacionen segons els paràmetres de talla, pes i edat. Amb aquest valor es determina els requeriments adequats per a cada persona, tenint en compte també l'activitat física que exerceixen aquests pacients, així com el seu estat clínic i les seves patologies.

El fet que amb més risc de disfàgia els nivells de GET disminueixen es deuen a que aquestes persones tenen una edat avançada i el seu pes és inferior a la resta dels residents. D'aquesta manera pacients amb pesos inferior estan relacionats amb desnutrició o poca alimentació que es deguda a la mateixa disfàgia.

Amb la població de la residència es realitzen diferents proves per a la detecció de disfàgia, amb la intenció de comparar els resultats obtinguts en els dos mètodes seguits. No obstant, els resultats que en surten són variats i no són equiparables entre ells. La raó d'aquesta disparitat en els resultats es degut a la pròpia diferència entre les proves, la forma en la que es realitzen i la mostra de població a la qual es dirigeix el projecte.

En el cas del test EAT-10 s'observen 14 pacients positius i 74 de negatius. Els resultats apareixen d'aquesta manera no són totalment precisos, la raó d'aquesta afirmació es deu a que els test consisteix en 10 preguntes que els residents han de respondre. En el cas de persones adultes sense deteriorament cognitiu no hi hauria problemes en comprendre i respondre les preguntes, però en la mostra de població utilitzada apareixen persones amb demències moderades i severes que dificulten les seves

habilitats de comprensió i raonament. Per aquesta raó els resultats obtinguts amb el test no són del tot vàlids, i es necessari utilitzar altres mètodes per contrastar la informació obtinguda.

El test de viscositat MECV-V obté resultats de 37 positius i 51 negatius. Amb comparació amb l'anterior prova, aquest test és més precís i fiable. Les dades obtingudes s'aconsegueixen de manera pràctica i així són més vàlides. No hi ha tantes possibilitats de cometre biaixos i errors perquè el test s'aplica directament al pacient sense la necessitat de que hagi de respondre ni raonar. De forma que resulta eficaç per a aquelles persones que presenten demències severes o malalties neurodegeneratives. [5]

Les dades que s'obtenen dels dos mètodes, un cop contrastades, es demostra la validesa de la prova MECV-V és superior que en el cas del test EAT-10. Mostren que gran part dels residents de la mostra presenten disfàgia i s'han de prendre mesures per evitar que hagi efectes de risc per aquest pacients.

Els resultats de la intervenció i càlcul dels requeriments energètics de cadascun dels pacients ha indicat que aquestes necessitats es troben per sota de l'energia aportada en la dieta. De forma que les dietes indicades per als pacients cobreixen suficientment les seves necessitats, sense problemes. Només existeix una excepció en un dels residents, en que la dieta aportada no cobreix del tot l'energia requerida al dia segons els seus paràmetres d'altura, pes i edat.

Es necessari pensar que en ocasions aquests pacients no poden ingerir la quantitat total marcada en les dietes, pel que es important que les dietes de la residència aportin més energia de la necessària per aquest aspecte d'assegurar una bona alimentació i aport energètic.

En referència al tipus de dieta que s'utilitza en la residència s'ha observat que un 30% dels pacients mengen la dieta amb consistència texturitzada, davant de la resta dels pacients que s'alimenten amb una dieta basal. No es tracta de que tots aquests pacients presentin risc de patir disfàgia sinó que es deu a altres factor externs a la malaltia i que també afecten a la dificultat de alimentar-se amb una dieta de consistència normal. [7]

Els problemes que diferencien la utilització de la dieta texturitzada en pacients d'edats avançades són la falta de dentició apropiada per poder mastegar els aliments i pel que es requereix de textures triturades o més suaus que la normal.

CONCLUSIÓ

Com a conseqüència de les dades obtingudes es mostra que el 42 % dels pacients de la residència presenten un risc de disfàgia. Aquesta dada s'extreu després de comparar els resultats de dos tipus de proves de cribratge de la disfàgia, el test EAT-10 i la prova MECV-V. A partir de l'estudi es comprova que és més vàlid i eficaç la utilització de la prova de viscositat MECV-V per a la detecció de pacients amb disfàgia. Així també es demostra en altres estudis que analitzen proves per al cribratge de la disfàgia.

El IMC i el pes en aquestes edats avançades afecta a la deglució d'aquest pacients, dificultant aquesta acció. En altres estudis queda demostrat que l'augment de massa i volum corporal dificultat l'activitat dels músculs necessaris per dur a terme l'acte de deglutir els aliments. No obstant en aquest estudi no es reflexa que entre pacients del mateix rang d'edat hi hagi diferències estadístiques en patir disfàgia només tenint en compte els paràmetres de pes i IMC.

En edats avançades apareixen molts pacients que necessiten de dietes diferents a la basal, són dietes que els permeten alimentar-se sense patir riscos d'aspiracions i obstruccions. Les dietes texturitzades són la solució per als pacients que pateixen disfàgia, però no només aquests pacients, sinó que altres residents sense presentar disfàgia també s'alimenten amb dietes texturitzades.

Un altre punt a tractar són els requeriments energètics dels pacients. Un aspecte important en que s'ha analitzat si les dietes utilitzades en la residència aporten i cobreixen les necessitats de les persones de l'estudi. Amb excepció d'un individu en tota la mostra, en la resta s'indica que els requeriments diaris necessaris queden totalment coberts amb les dietes.

BIBLIOGRAFIA

1. *Disfagia* N.3 InfoGeriatría Revista especializada en la nutrición clínica del anciano (2011)
2. *Carlos González Alted, María del Pilar Casado Romo, Antonio Gómez Blanco et all.* Guía de nutrición para personas con disfagia. MINISTERI DE SANITAT, IMSERSO (2012)
3. *P. Clavé, R. Terré, M. de Kraa and M. Serra.* Approaching oropharyngeal dysphagia. REVISTA ESPAÑOLA DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS (2004)
4. *J.J. Botella Trelis y M.I. Ferrero López.* Manejo de la disfagia en el anciano institucionalizado: situación actual. NUTRICIÓN HOSPITALARIA (2002)
5. *Julie Cichero y Pere Clavé.* Los peldaños para vivir bien con disfagia. NESTLÉ NUTRITION INSTITUTE WORKSHOP SERIES (2011)
6. *L. Díez Langhetée, Y. Torres García, I. Moreno Muñoz, A. Álvarez, A. Úbeda, F. Merino.* Prevalencia e impacto de la disfagia orofaríngea en una unidad de media y larga estancia. REVISTA CLÍNICA ESPAÑOLA (2013)
7. *C. Moreno, M. J. García, C. Martínez, Grupo GEAM.* Análisis de situación y adecuación de dietas para disfagia en un hospital provincial. NUTRICIÓN HOSPITALARIA (2006)
8. *M^a Mercedes Velasco, Viridiana Arreola, Pere Clavé, Carolina Puiggrós.* Abordaje clínico de la disfagia orofaríngea: diagnóstico y tratamiento. NUTRICIÓN CLÍNICA EN MEDICINA (2007)

ANNEXES

ANNEX 1
EAT-10: Eating Assessment Tool
Despistaje de la Disfagia

FECHA

APELLIDOS

NOMBRE

SEXO

EDAD

OBJETIVO

El EAT-10 le ayuda a conocer su dificultad para tragar.

Puede ser importante que hable con su médico sobre las opciones de tratamiento para sus síntomas.

A. INSTRUCCIONES

Responda cada pregunta escribiendo en el recuadro el número de puntos.

¿Hasta que punto usted percibe los siguientes problemas?

1 Mi problema para tragar me ha llevado a perder peso

0 = ningún problema

1

2

3

4 = es un problema serio

6 Tragar es doloroso

0 = ningún problema

1

2

3

4 = es un problema serio

2 Mi problema para tragar interfiere con mi capacidad para comer fuera de casa

0 = ningún problema

1

2

3

4 = es un problema serio

7 El placer de comer se ve afectado por mi problema para tragar

0 = ningún problema

1

2

3

4 = es un problema serio

3 Tragar líquidos me supone un esfuerzo extra

0 = ningún problema

1

2

3

4 = es un problema serio

8 Cuando trago, la comida se pega en mi garganta

0 = ningún problema

1

2

3

4 = es un problema serio

4 Tragar sólidos me supone un esfuerzo extra

0 = ningún problema

1

2

3

4 = es un problema serio

9 Toso cuando como

0 = ningún problema

1

2

3

4 = es un problema serio

5 Tragar pastillas me supone un esfuerzo extra

0 = ningún problema

1

2

3

4 = es un problema serio

10 Tragar es estresante

0 = ningún problema

1

2

3

4 = es un problema serio

A. PUNTUACIÓN

Sume el número de puntos y escriba la puntuación total en los recuadros.

Puntuación total (máximo 40 puntos)

C. QUÉ HACER AHORA

Si la puntuación total que obtuvo es mayor o igual a 3, usted puede presentar problemas para tragar de manera eficaz y segura. Le recomendamos que comparta los resultados del EAT-10 con su médico.

Referencia: Belafsky et al. Validity and Reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10). *Annals of Otolaryngology & Laryngology*. 2008; 117 (12):919-24.
Burgos R, et al. Traducción y validación de la versión en español de la escala EAT-10 para despistaje de la disfagia. Congreso Nacional SENPE 2011.


VISCOSIDAD	NÉCTAR			LÍQUIDO			PUDDING		
	ALTERACIONES O SIGNOS DE SEGURIDAD								
	5 ml	10 ml	20 ml	5 ml	10 ml	20 ml	5 ml	10 ml	20 ml
TOS	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CAMBIO DE VOZ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DESATURACIÓN DE OXÍGENO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	NÉCTAR			LÍQUIDO			PUDDING		
	ALTERACIONES O SIGNOS DE EFICACIA								
	5 ml	10 ml	20 ml	5 ml	10 ml	20 ml	5 ml	10 ml	20 ml
SELLO LABIAL	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
RESIDUO ORAL	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DEGLUCIÓN FRACCIONADA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
RESIDUO FARÍNGEO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

EVALUACIÓN FINAL: _____

RECOMENDACIÓN DIETÉTICA: _____

INGESTA DE FLUIDOS RECOMENDADA:

VISCOSIDAD	LÍQUIDO	VOLUMEN	BAJO
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
	NÉCTAR		MEDIO <input type="text"/>
	PUDDING		ALTO <input type="text"/>



Full de recollida de dades de la prova MECV-V

ANNEX 2

Resultats i dades recopilades durant el projecte de la mostra de població.

PACIENT	EAT-10	MECV-V	DESCRIPCIÓ DIETA	EDAT	SEXE	PES (Kg)	ALT (m)	IMC	GDS	REQ. ENERGIA
1	0	No	Normal	86	D	64,4	1,5	28,62	4	1489,52
2	0	No	Hiperproteica	90	D	60,9	1,58	24,40	1	1440,93
3	0	No	Normal	67	H	77,6	1,78	24,49	3	2042,59
4	0	Sí	Normal	95	D	63,9	1,65	23,47	5,5	1464,62
5	0	No	Hiperproteica	91	D	61,1	1,47	28,28	2	1410,87
6	0	Sí	Normal	95	D	67,4	1,53	28,79	2	1479,26
7	0	No	Texturitzada	85	D	58,6	1,56	24,08	2,5	1437,95
8	1	No	Normal	84	D		1,55			
9	0	No	Normal	87	D	63,8	1,52	27,61	2	1480,79
10	0	Sí	Hiperproteica	67	H	78,9	1,75	25,76	4	2046,32
11	0	No	Diabètica	75	H	77	1,65	28,28	1	1877,16
12	0	No	Normal	76	H	73,7	1,54	31,08	1	1737,90
13	0	No	Diabètica	75	D	68,5	1,59	27,10	2	1629,04
14	0	No	Diabètica	77	D	72,2	1,48	32,96	2,5	1636,40
15	0	Sí	Diabètica	91	D	63,9	1,57	25,92	4,5	1469,72
16	1	Sí	Normal	97	D	71,1	1,42	35,26	1	1486,62
17	0	No	Normal	89	D	72,1	1,45	34,29	2	1554,94
18	1	Sí	Normal	82	D	54,2	1,57	21,99	1	1403,92
19	1	Sí	Hiperproteica	91	D	59,9	1,45	28,49	3,5	1391,15
20	3	Sí	Diabètica	95	D	61,1	1,57	24,79	4,5	1410,59
21	0	Sí	Diabètica	89	H	84,4	1,75	27,56	4	1951,59
22	0	No	Diabètica	88	H	74,8	1,63	28,15	5	1710,76
23	0	No	Normal	89	H	67,7	1,43	33,11	3	1445,07
24	1	Sí	Normal	74	H	75,3	1,54	31,75	5,5	1784,05
25	0	No	Texturitzada	87	D					
26	0	Sí	Normal	86	D	76,2	1,62	29,04	6	1665,03
27	2	Sí	Diabètica	90	D	78,9	1,68	27,95	5,5	1688,68
28	0	No	Diabètica	93	D	62,9	1,52	27,22	5	1433,10
29	0	No	Normal	95	D	85,5	1,47	39,57	6	1689,78
30	0	No	Normal	88	D	64,4	1,38	33,82	4	1448,49
31	0	No	Normal	88	H	70,6	1,5	31,38	2	1551,19
32	5	Sí	Texturitzada	88	H	66,2	1,75	21,62		1635,04

PACIENT	EAT-10	MECV-V	DESCRIPCIÓ DIETA	EDAT	SEXE	PES (Kg)	ALT (m)	IMC	GDS	REQ. ENERGIA
33	0	No	Normal	86	D	60,5	1,54	25,51	6	1450,67
34	0	Sí	Hiperproteica	85	D	80,7	1,6	31,52	7	1722,23
35	0	No	Normal	86	D	69,3	1,56	28,48	6	1564,85
36	0	No	Normal	92	D	75,9	1,47	35,12	3	1588,72
37	0	No	Diabètica	67	D	81,1	1,52	35,10	2	1817,47
38	0		Hiperproteica	90	D	55,9	1,53	23,88	1	1366,76
39	4	Sí	Normal	77	D	61,3	1,64	22,79	2	1539,42
40	0	Sí	Texturitzada	72	H	73,1	1,63	27,51	2	1820,77
41	4	No	Texturitzada + Hiperproteica	90	H	70,7	1,7	24,46	5	1665,42
42	0	Sí	Diabètica	91	D	69	1,54	29,09	4	1525,89
43	1	Sí	Texturitzada + Hiperproteica	83	D	74	1,48	33,78	4	1622,27
44	4	Sí	Texturitzada	97	D	55,3	1,39	28,62	4,5	1283,05
45	0	No	Texturitzada + Hiperproteica	89	D	67,1	1,56	27,57	3	1519,25
46	0	No	Normal	84	D	82,3	1,52	35,62	2	1728,96
47	1	No	Hiperproteica	75	D	73,2	1,63	27,55	2,5	1697,07
48	0	Sí	Hiperproteica	85	H	68,2	1,68	24,16	1	1651,61
49	0	No	Normal	93	D	66,1	1,49	29,77		1465,65
50	0	No	Normal	83	D	77,2	1,43	37,75	2	1650,01
51	2	Sí	Texturitzada	86	D	35,9	1,46	16,84	5	1125,70
52	0	No	Diabètica	73	D	82,9	1,47	38,36	3	1791,31
53	0	No	Normal	90	D	72,2	1,5	32,09	5	1562,12
54	1	No	Normal	90	D	73,1	1,55	30,43	2,5	1585,33
55	0	No	Hiperproteica	95	D	46	1,36	24,87	6	1172,42
56	0	No	Hiperproteica	85	D	46,6	1,43	22,79	5	1257,55
57	2	Sí	Diabètica	78	D	73,8	1,46	34,62	5	1645,39
58	0	No	Texturitzada	95	D	41,6	1,5	18,49	5	1151,40
59	0	No	Texturitzada	85	D	65,2	1,6	25,47	6	1529,60
60	0	No	Texturitzada	95	D	58,8	1,58	23,55	6	1384,41
61	3	No	Normal	93	D	56,7	1,46	26,60	6	1341,62
62	1	No	Hiperproteica	84	D	53,9	1	53,90	3	1250,94
63	0	Sí	Normal	82	D					
64	0	No	Diabètica	88	D	61,4	1,57	24,91		1456,90

PACIENT	EAT-10	MECV-V	DESCRIPCIÓ DIETA	EDAT	SEXE	PES (Kg)	ALT (m)	IMC	GDS	REQ. ENERGIA
65	1	No	Texturitzada	89	D	71,7	1,56	29,46	7	1576,42
66	2	No	Diabètica	88	D	72,5	1,6	28,32	6	1602,07
67	4		Texturitzada	91	H	56,2	1,69	19,68	7	1390,96
68	5	Sí	Texturitzada	80	H	53,7	1,59	21,24	3	1377,80
69	5		Texturitzada + Hiperproteica	78	D	45,7	1,6	17,85	7	1329,84
70	1	Sí	Texturitzada	83	H	84,7	1,76	27,34	7	2016,10
71	0	No	Normal	86	H	65,3	1,47	30,22	1	1454,50
72	1	No	Texturitzada	83	D	82,5	1,5	36,67	7	1732,72
73	1	Sí	Texturitzada	89	D	56,3	1,56	23,13	7	1385,03
74	0	No	Normal	100	D	52,1	1,53	22,26	3	1258,69
75	0	No	Texturitzada + Hiperproteica	87	H	80,9	1,6	31,60	6	1809,07
76	1	Sí	Normal	92	D	51	1,44	24,59	6	1272,05
77	9		Texturitzada	85	D	45,9	1,52	19,87	7	1270,50
78	0	Sí	Texturitzada	84	D	72,7	1,42	36,05	6	1585,60
79	3	Sí	Texturitzada	100	D	61,3	1,49	27,61	6	1363,41
80	3		Texturitzada	92	D	61,6	1,68	21,83	7	1461,51
81	4	Sí	Texturitzada	83	H	51,9	1,6	20,27	7	1325,80
82	2	Sí	Texturitzada	85	D	48,6	1,43	23,77	7	1282,41
83	5	Sí	Texturitzada	85	H	56,5	1,52	24,45	7	1338,47
84	3	Sí	Normal	89	H	62,7	1,59	24,80	6	1459,70
85	5	Sí	Texturitzada	84	D	53,3	1,49	24,01	7	1361,33
86	0	No	Diabètica	95	D	70,1	1,52	30,34	7	1510,41
87	4	No	Texturitzada	78	D	56,2	1,53	24,01	7	1443,50
88	1	No	Texturitzada	83	D	89,7	1,47	41,51	5,5	1814,98
89	0	No	Texturitzada	88	D	38,6	1,54	16,28	7	1166,33
90	0	Sí	Texturitzada	82	D	55,1	1,58	22,07	7	1417,51
91	3		Texturitzada	95	D	51,8	1,53	22,13	6	1285,39
92	0		Texturitzada	97	D	44,7	1,47	20,69	7	1170,55
93	1		Texturitzada	82	D	47,9	1,52	20,73	7	1313,60
94	2	No	Texturitzada	87	D	55,5	1,66	20,14	7	1411,31
95	0	Sí	Texturitzada	93	D	65,2	1,41	32,80	6	1435,23
96	3	Sí	Texturitzada	92	D	41,6	1,55	17,32	7	1181,68

