

UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA DEL ECUADOR-UNIB.E

ESCUELA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA



Título del Trabajo

**INFLUENCIA DE LA DISFAGIA EN EL ESTADO NUTRICIONAL DE PACIENTES
CON DEMENCIA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES “SAN JUAN DE DIOS”
EN EL PERIODO MAYO-JUNIO 2022**

Trabajo de Titulación para la obtención del Título de
Licenciado en Nutrición y Dietética

Autor:

Paula Camila Santiana Díaz

Ana Sofía Robalino Sánchez

Director del Trabajo de Titulación:

Mgst. Marcela García

Quito, Ecuador

Mayo, 2022

CARTA DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Mgst.

Carla Caicedo

Director(a) de la Escuela de

Presente.

Yo, **MARCELA GARCÍA** Director(a) del Trabajo de Titulación realizado por **ANA SOFÍA ROBALINO SÁNCHEZ Y PAULA CAMILA SANTIANA DÍAZ**, estudiantes de la carrera de **NUTRICIÓN Y DIETÉTICA**, informo haber revisado el presente documento titulado **“INFLUENCIA DE LA DISFAGIA EN EL ESTADO NUTRICIONAL DE PACIENTES CON DEMENCIA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES “SAN JUAN DE DIOS” EN EL PERIODO MAYO–JUNIO 2022”**, el mismo que se encuentra elaborado conforme al Reglamento de Titulación, establecido por la UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA DEL ECUADOR UNIB.E de Quito, y el Manual de Estilo Institucional; por tanto, autorizo su presentación final para los fines legales pertinentes.

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad

Atentamente,



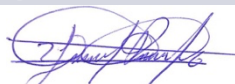
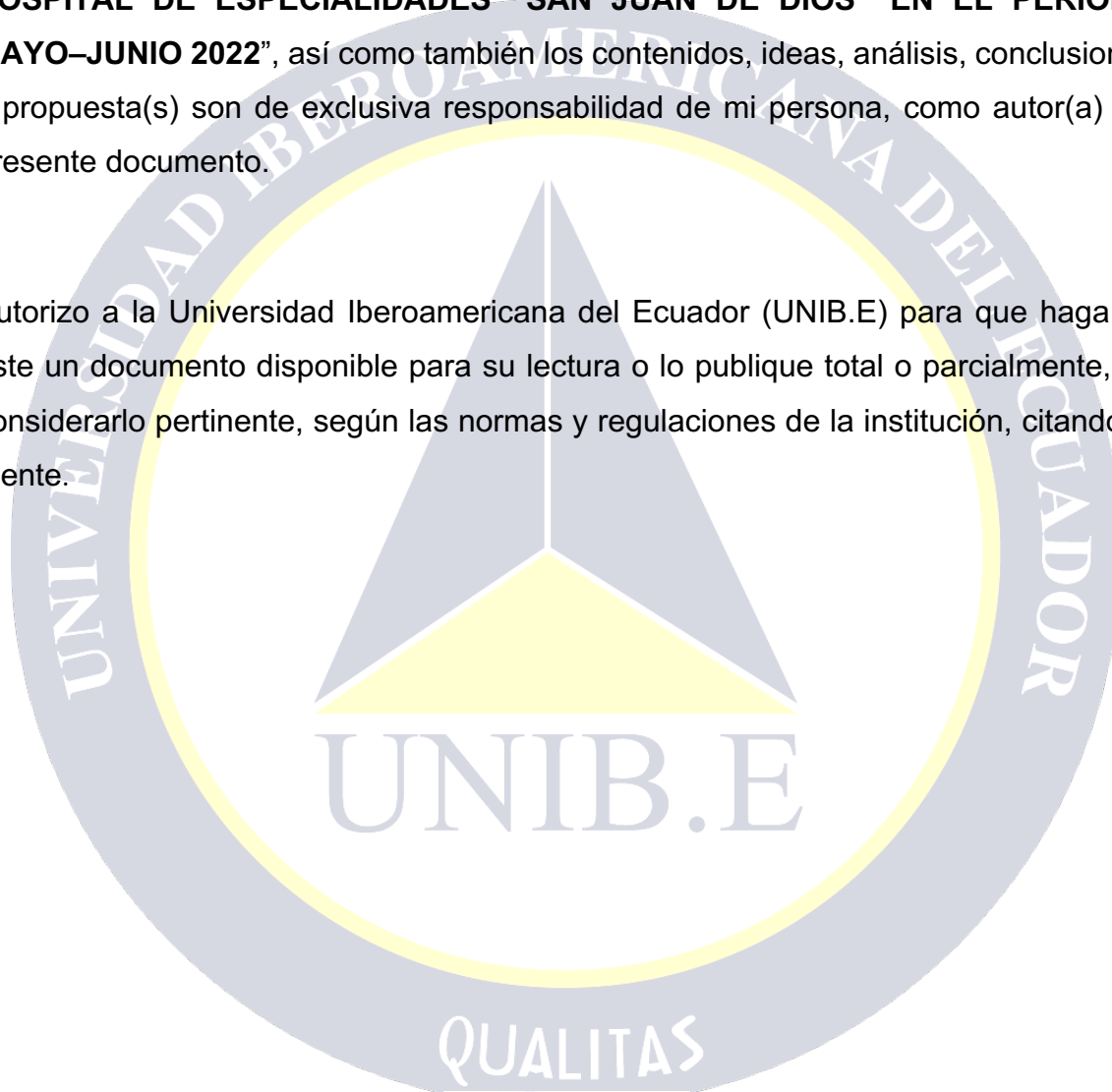
Mgst. Marcela García

Director del Trabajo de Titulación

CARTA DE AUTORÍA DEL TRABAJO

Los criterios emitidos en el presente trabajo de titulación **“INFLUENCIA DE LA DISFAGIA EN EL ESTADO NUTRICIONAL DE PACIENTES CON DEMENCIA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES “SAN JUAN DE DIOS” EN EL PERIODO MAYO–JUNIO 2022”**, así como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta(s) son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autor(a) del presente documento.

Autorizo a la Universidad Iberoamericana del Ecuador (UNIB.E) para que haga de éste un documento disponible para su lectura o lo publique total o parcialmente, de considerarlo pertinente, según las normas y regulaciones de la institución, citando la fuente.



.....
Ana Robalino

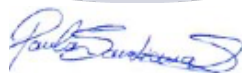
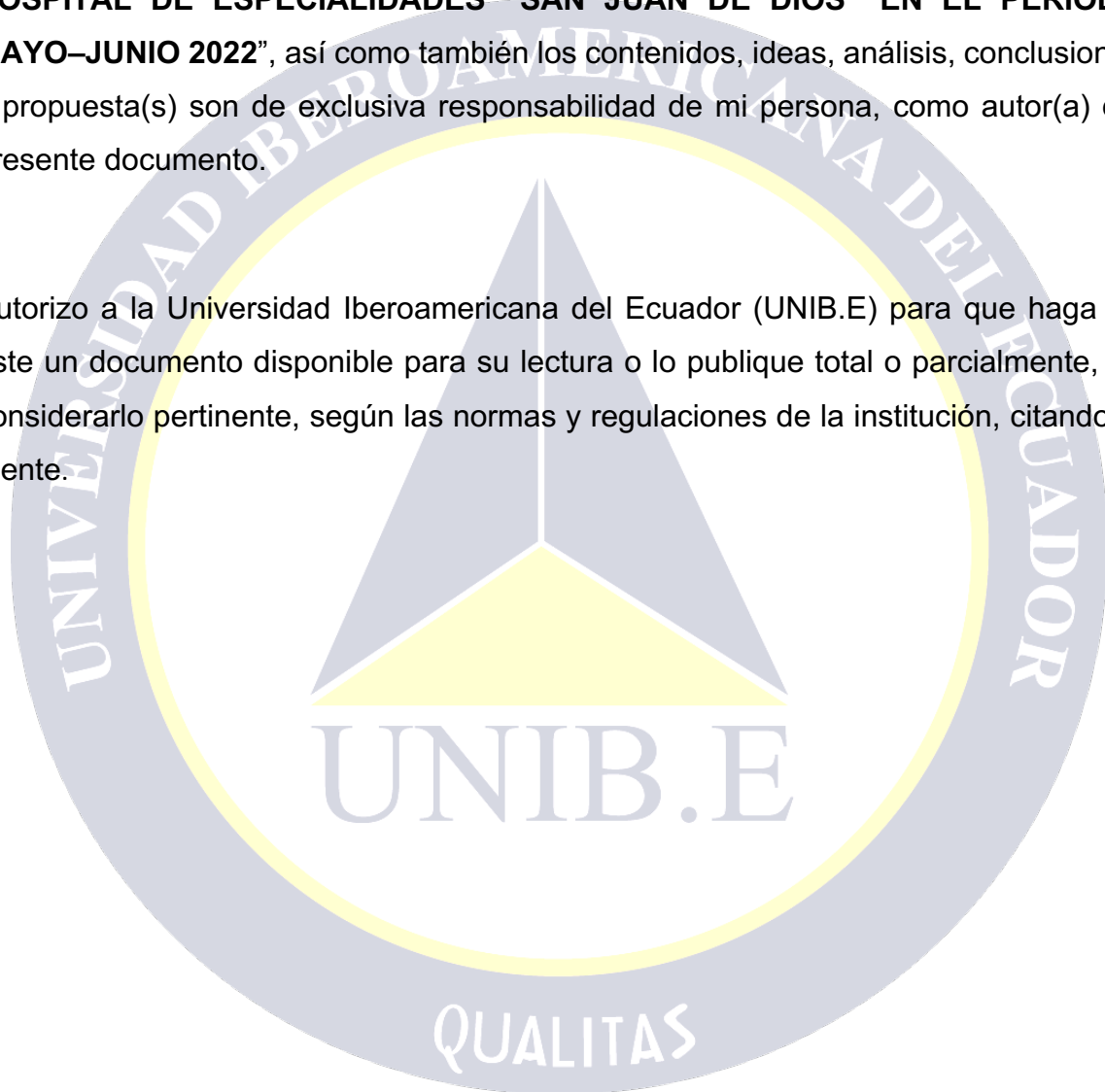
1724399538

Quito, 28 de julio 2022.

CARTA DE AUTORÍA DEL TRABAJO

Los criterios emitidos en el presente trabajo de titulación **“INFLUENCIA DE LA DISFAGIA EN EL ESTADO NUTRICIONAL DE PACIENTES CON DEMENCIA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES “SAN JUAN DE DIOS” EN EL PERIODO MAYO–JUNIO 2022”**, así como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta(s) son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autor(a) del presente documento.

Autorizo a la Universidad Iberoamericana del Ecuador (UNIB.E) para que haga de éste un documento disponible para su lectura o lo publique total o parcialmente, de considerarlo pertinente, según las normas y regulaciones de la institución, citando la fuente.



.....
Camila Santiana

1728852631

Quito, 28 de julio 2022.

DEDICATORIA

Cada logro merece ser dedicado, porque es una forma de demostrar cuánto amas a quienes han contribuido a tal triunfo; es por este motivo que me complace dedicar el presente trabajo de investigación; a mi hermana Daniela, mi compañera y cómplice; a mis abuelitos Mónica y Pedro, mis mentores, quienes han hecho esto posible; a mi mamá Jhoanna, mi adoración y mi apoyo; a mi tía Andrea, mi mejor amiga y guía; a Becky y Sebas, para que tengan presente que no está mal tropezarse, siempre y cuando sepan a dónde quieren llegar; y a Maya, la alegría de todos mis días.

Paula Camila Santiana Díaz

DEDICATORIA

Con gran cariño y amor quiero dedicarle este trabajo a mi compañera y amiga Camila, quien ha sido una fuente de inspiración y fuerza; a mis padres Fanny y Mario por confiar y creer en mí, por haberme dado la vida y enseñado a vivirla; a mis hermanos Bryan y Erick por la eterna compañía y calidad que me transmiten; y a mi querido Lucas que me ha demostrado su amor, y por sobre todo me ha hecho crecer como persona.

Ana Sofía Robalino Sánchez

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios por brindarnos sabiduría y soporte en el camino que nos ha traído hasta aquí; a nuestra tutora Marcela García por su compromiso, dedicación y paciencia; al Hospital de Especialidades San Juan de Dios, quien no solo nos ha abierto las puertas de su prestigiosa institución, sino que nos ha acogido con amabilidad como parte de su comunidad; en especial queremos dedicar y agradecer a los adultos mayores que formaron parte de este estudio por su colaboración y por habernos brindado su carisma, ternura y cariño.

Nos agradecemos mutuamente por la entrega, empatía y compañerismo que existió más allá del trabajo de investigación.

Ana Robalino y Paula Santiana

ÍNDICE GENERAL

CARTA DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN	ii
CARTA DE AUTORÍA DEL TRABAJO.....	iii
CARTA DE AUTORÍA DEL TRABAJO.....	iv
DEDICATORIA.....	v
AGRADECIMIENTO.....	vii
ÍNDICE GENERAL.....	viii
LISTA DE TABLAS Y FIGURAS	x
ÍNDICE DE TABLAS	x
ÍNDICE DE FIGURAS	xi
RESUMEN	xii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	3
EL PROBLEMA	3
1.1. Planteamiento del problema	3
1.2. Objetivos de la investigación	6
1.2.1 Objetivo general	6
1.2.2 Objetivos específicos.....	6
1.3. Justificación e Impacto de la Investigación.....	6
1.4. Alcance de la investigación	8
CAPÍTULO II	9
MARCO TEÓRICO.....	9
2.1. Antecedentes de la investigación	9
2.2. Bases teóricas	11
2.2.1. La deglución	11
2.2.2. La disfagia	12
2.2.3 Estado nutricional	18

2.2.4. Métodos de evaluación nutricional	21
2.2.5. Demencia	23
2.3 Fundamentación legal.....	26
CAPITULO III	30
MARCO METODOLÓGICO	30
3.1. Naturaleza de la investigación	30
3.2. Población y muestra	32
3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	32
3.4. Técnica de recolección de datos	32
3.5. Operacionalización de la variable	34
3.6. Instrumento de recolección de datos	36
3.6.1. Cuestionario	36
3.7. Validez y Confiabilidad.....	36
3.7.1. Validez	36
3.7.2. Confiabilidad	36
3.8. Técnicas de análisis de los datos	37
CAPITULO IV	38
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS	38
4.1. Resultados de la investigación	38
CAPITULO V	61
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	61
5.1. Conclusiones	61
5.2. Recomendaciones	62
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	63
ANEXOS	75
Anexo 1	75
Cuestionario Mini Nutritional Assessment	75

LISTA DE TABLAS Y FIGURAS

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. <i>Food Intake Level Scale FILS</i>	13
Tabla 2. Continuación.....	14
Tabla 3. Operacionalización de la variable.....	34
Tabla 4. Continuación.....	35
Tabla 5. Análisis estadístico Chi Cuadrado de Pearson.....	59
Tabla 6. Continuación.....	60

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 2. ¿Ha perdido el apetito? ¿Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación deglución en los últimos 3 meses?	39
Figura 3. Úlceras o lesiones cutáneas.	40
Figura 4: Pérdida reciente de peso (< a 3 meses)	41
Figura 5. IMC.....	42
Figura 6. Circunferencia braquial.	43
Figura 7. Circunferencia de la Pantorrilla.	44
Figura 8. Movilidad.	45
Figura 9. ¿El paciente vive independiente en su domicilio?	46
Figura 10. Forma de alimentarse.	47
Figura 11. ¿Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés en psicológico en los últimos 3 meses?.....	48
Figura 12. Problemas neuropsicológicos.	49
Figura 13. ¿Toma más de 3 medicamentos al día?	50
Figura 14. ¿Cuántas comidas completas toma al día?	51
Figura 15. ¿Consume el paciente productos lácteos al menos una vez al día?	52
Figura 16. ¿Consume el paciente huevos o legumbres 1 o 2 veces a la semana? .	52
Figura 17. ¿Consume el paciente carne, pescado o aves, diariamente?	53
Figura 18. ¿Consume frutas o verduras al menos 2 veces al día?	54
Figura 19. ¿Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día?	55
Figura 20. ¿Se considera que el paciente está bien nutrido?	56
Figura 21. En comparación con las personas de su edad, ¿Cómo encuentra el paciente su estado de salud?	57
Figura 22. Valores de los datos obtenidos a partir de los resultados del MNA.	58

RESUMEN

En la vejez se encuentran cambios fisiológicos y estructurales, donde es frecuente la presencia de síndromes como la disfagia y la demencia, que influyen en el estado nutricional y la calidad de vida. Por lo tanto, es relevante la valoración temprana del estado nutricional que muestre la existencia de un riesgo de malnutrición o malnutrición, que a su vez llegue a contribuir en el aumento de la mortalidad y morbilidad. Es así que, el presente estudio tuvo como objetivo describir la influencia entre la disfagia y el estado nutricional de los pacientes diagnosticados con demencia en el Hospital de Especialidades San Juan de Dios, en el periodo mayo – junio del 2022; la misma que llevó una metodología con paradigma positivista, enfoque cuantitativo, de diseño no experimental transversal, nivel descriptivo y de campo. De esta manera, la población de estudio estuvo constituida por 20 adultos mayores del pabellón de geriatría del Hospital San Juan de Dios, que se encontraban institucionalizados durante el periodo descrito, quienes tenían que contar con diagnóstico de disfagia y demencia para ser incluidos en la investigación; con el propósito de evaluar el estado nutricional mediante el Cuestionario Mini Nutritional Assessment (MNA). De acuerdo a los resultados se obtuvo que el 70% de los pacientes presentan riesgo de malnutrición y el 30% malnutrición, siendo evidente que ningún adulto mayor cuenta con un estado nutricional normal. Mientras que el análisis estadístico de la correlación de Pearson mostró una correlación positiva débil de 0,112 entre disfagia y estado nutricional. En consecuencia, se concluye que los adultos mayores evaluados fueron identificados con riesgo de malnutrición y malnutrición, sin embargo la disfagia no mantiene un nivel de influencia significativo sobre el estado nutricional.

Palabras Clave: disfagia, estado nutricional, demencia, adulto mayor, malnutrición

INTRODUCCIÓN

A medida que la población en general entra en un proceso de envejecimiento se incorporan cambios estructurales a nivel neuronal y muscular, por lo que predispone a un aumento en el desarrollo de enfermedades y una fuente de complicaciones relacionadas a la salud. En los ancianos, es muy frecuente la presencia de síndromes y enfermedades, como la demencia y la disfagia.

La disfagia es considerada como la incapacidad de iniciar los procesos normales de la deglución, la misma que es usada para llevar a cabo la alimentación a través del paso del bolo alimentario desde la boca al estómago, para que subsecuentemente se realice una correcta digestión, absorción y transformación de nutrientes a lo largo del sistema digestivo. De esta manera, la falta de una adecuada nutrición e hidratación compromete el estado nutricional y calidad de vida del sujeto que lo padece.

Así mismo, en la demencia ocurre una pérdida progresiva del funcionamiento cognitivo como pensar, recordar y razonar, de modo que interfiere en actividades diarias y sobre la capacidad de actuar de manera autónoma e independiente. Es por ello que los individuos que la presentan tienen complicaciones para realizar una correcta alimentación, debido a la dificultad para empezar y permanecer en el proceso alimentario, controlar los cubiertos o el vaso en la mano, direccionar la comida del plato a la boca, reconocer los objetos a su alrededor, hasta llegar a fases avanzadas donde la deglución y masticación es casi ausente.

Cabe mencionar que es posible que la disfagia este presente durante el padecimiento de la demencia, y se ha comprobado que puede aparecer en diferentes tipos de deterioro cognitivo, provocando cambios en el estilo de vida, incidir en la desnutrición, deshidratación, broncoaspiración, neumonía, impacto psicosocial y hasta la muerte. Por tal motivo, se pretende describir la influencia del estado nutricional en pacientes con demencia.

El desarrollo del trabajo de investigación se presenta con la siguiente estructura. En el capítulo I, sobre el planteamiento del problema, se explica la prevalencia de la disfagia y la demencia y las complicaciones que acarrea en el estado nutricional, por lo cual se plantearon los objetivos pertinentes con la finalidad de justificar la importancia de tomar en cuenta la disfagia como un factor predisponente de

malnutrición. Por otro lado, en el capítulo II se exponen antecedentes como referentes bibliográficos que demuestran la relación de disfagia y malnutrición considerando problemas neuropsicológicos. Además, se describe de forma más extensa cada una de las variables del presente estudio. Este apartado aborda la definición, clasificación, epidemiología, etiología y complicaciones de la disfagia, además, una breve introducción de la demencia y sus tipos, y el método de evaluación nutricional que se usó. El capítulo III, expone sobre el marco metodológico, quiere decir los procesos y etapas por el cual la presente investigación llevo a cabo su cometido, siendo un estudio de enfoque cuantitativo, no experimental transversal descriptivo. No obstante, también indica la forma en la que se analizaron los resultados por medio del cuadro de operacionalización de variables, el instrumento utilizado y la validez y confiabilidad del mismo. Mientras que el capítulo IV manifiesta lo resultados finales de la investigación, habiendo aplicado el cuestionario de elección, el mismo que se dividió por dimensiones e ítems. De igual forma este apartado incorpora el análisis estadístico de la correlación de Pearson, usado como método para establecer la influencia de la disfagia en el estado nutricional. Finalmente, el capítulo V plantea las conclusiones y recomendaciones a las cuales llegaron las autoras, en el cual se expone el cumplimiento de los objetivos específicos y las sugerencias tanto para el centro y futuras investigaciones.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

El envejecimiento es un proceso en el que se incorpora cambios estructurales a nivel neuronal y muscular, por lo que, predispone a un aumento en el desarrollo de enfermedades y una fuente de complicaciones relacionadas a la salud. En los ancianos, es muy frecuente la presencia de síndromes y enfermedades, como la demencia y la disfagia. A nivel mundial, la prevalencia de la demencia era de aproximadamente 24 millones de personas en 2001 y se propuso que en 2020 esta afección llegará a alrededor de 42.3 millones de individuos (Ariza & Rojas, 2020). Mientras que, la disfagia orofaríngea tiene una prevalencia en la población en general de alrededor 2,3% y 16%, la misma que asciende con la edad y el deterioro en el estado neurológico, cerebrovascular y degenerativo a un 30% aproximadamente (Fernández, Cabrera, Fernández & Olcese, 2020).

La demencia, es conocida como “la pérdida del funcionamiento cognitivo (pensar, recordar y razonar) hasta tal punto que interfiere con las actividades diarias de una persona. Algunos individuos con demencia no pueden controlar sus emociones y su personalidad puede cambiar” (National Institute of Mental Health, 2021, pág 1). De este modo, comprende como el deterioro progresivo de la capacidad de actuar de manera autónoma e independiente, común en personas mayores a 85 años, debido a una muerte natural de las neuronas (National Institute on Aging, 2021).

Dado que, los síntomas que afectan en la demencia se encuentran involucrados en la conducta y la cognición dentro de las actividades diarias, es de esperar su relación con la alimentación y aspectos concomitantes a la deglución. En este contexto, en el proceso natural de la deglución existe un conjunto de pasos que impulsan el bolo alimenticio desde la boca hacia el estómago, mediante su curso por el esófago donde ocurre una serie de estímulos voluntarios e involuntarios intervenidos por el Sistema Nervioso Central-SNC (Alcalde, Ricote & Rodríguez, 2019).

Cualquier disfunción del proceso de deglución se puede considerar como disfagia. La misma que se define como “la dificultad para el paso del bolo alimentario desde la boca hasta el esófago inferior” (Ariza & Rojas, 2020). De esta manera, llega a afectar en el estado nutricional y calidad de vida del sujeto que lo padece, además de los

reingresos y prominencia de costos hospitalarios (Ariza & Rojas, 2020). Las manifestaciones clínicas que acompañan a la disfagia abarcan la incapacidad de producir saliva, deficiencia muscular a nivel mandibular y lengua, problemas en la dentición y en las encías (Azer & Kshirsagar, 2021).

En relación a las patologías antes nombradas, se conoce que una de las principales causas de disfagia se atribuye a las enfermedades neurodegenerativas, por ejemplo, la demencia frontotemporal, demencia por Alzheimer, demencia de origen vascular, demencia por cuerpos de Lewy y por enfermedad de Parkinson (Sanz, 2019). Así también, la incidencia de la desnutrición es aún más elevada en adultos mayores con estados cognitivos alterados que se relacionan a la disminución cognitiva (Nestlé Nutrition Institute, 2021). De igual manera, varias investigaciones apuntan que la incidencia de desnutrición tras un accidente cerebro vascular se encuentra entorno al 28-73%, hasta el 84% en relación a la demencia y en un 52% en personas que padecen de Parkinson (Carrillo, Aragón, García, Calvo & Pajaro, 2016).

De esta forma, se puede decir que la demencia impacta de manera importante en la deglución, y puesto que, esta tiene como finalidad proporcionar por una parte eficacia para una correcta hidratación y nutrición, y por otro lado seguridad para la elusión de complicaciones respiratorias, afecta directamente al estado nutricional. La afección que se relaciona al estado nutricional provoca, por lo general, una ingesta calórica insuficiente e inadecuada por la falta de apetito y la variada afinidad a la textura y cantidad de alimento que, consecuentemente deriva en desnutrición y/o deshidratación (Alcalde et al., 2019).

La prevalencia de la disfagia resulta complicada de analizar a nivel mundial, dado que los datos recogidos dependen de si el estudio es de cohorte, de la edad poblacional analizada, la técnica de recolección de datos, la clasificación de la enfermedad y el estado de la misma, aguda o crónica (Guzmán & Dulbecco, 2020). No obstante, según (Ariza & Rojas, 2020) la disfagia tiene una prevalencia de 15% en adultos mayores a nivel comunitario, 30% a nivel hospitalaria y 50% en geriátrico.

En cuanto al territorio europeo, se considera que el riesgo de desarrollar disfagia en personas con demencia degenerativa primaria como el Alzheimer es del 50% - 75%, tanto en ámbito hospitalario como comunitario (González & Recio, 2016). Aunque a nivel latinoamericano no existen datos específicos sobre el padecimiento de la

disfagia, estudios chilenos han realizado un cálculo de población total para posteriormente aislar aquellas personas de 60-80 años de edad y estimar datos generales de disfagia orofaríngea, con un resultado entre un 13% - 33% de adultos mayores con esta condición (Venegas, Navia, Fuentealba, Medina & Kunstmann, 2020).

A nivel nacional, un estudio llevado a cabo en cuatro centros geriátricos urbanos en la ciudad de Cuenca y con la participación de 162 adultos mayores entre 86 y 90 años, mostró que hay un 59,9% de disfagia leve presentándose con mayor prevalencia, un 11,1% disfagia moderada y un 0,6% disfagia severa; el 28,4% no presentó disfagia. Asimismo, se demostró que uno de los problemas neurológicos encontrados en los pacientes con disfagia leve es la demencia con un 6,8%, el Alzheimer 6,2%, la enfermedad de Parkinson 5,6% y accidente cerebrovascular 4,3%. También se manifiesta que por el tipo de demencia que más ha predominado, existe un mayor peligro respiratorio como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica con un 2,5% y la bronquitis 1,8%. Como consecuencia de esto, se alega que la disfagia ocasiona problemas en la calidad de vida que se relacionan con el incorrecto proceso de alimentación, problemas de desnutrición, deshidratación, trastornos respiratorios y bajo peso de forma involuntaria en los pacientes (Gárate & Carrillo, 2018).

Por otro lado, una investigación realizada en Quito a adultos mayores del Centro de Reposo "San Juan de Dios", se pudo evaluar la conducta alimentaria de las personas con deterioro cognitivo. Resultó en la prevalencia de Alzheimer y demencia vascular asociado a la disfagia orofaríngea y faringoesofágica. Mientras que la enfermedad de Parkinson se relacionó solo con disfagia faringoesofágica. Adicionalmente, el estudio habla sobre las limitaciones nutricionales, alimentarias, psicosociales; generando mayor estancia hospitalaria comprometiendo a la salud y acrecentando la mortalidad (Gómez de la Torre, 2017).

A partir de lo expuesto puede concebirse que la evaluación del estado nutricional en la disfagia, es la mejor estrategia para prevenir las complicaciones relacionadas a esta condición, por ejemplo, disminución del apetito, ingesta inadecuada, desnutrición, deshidratación, broncoaspiración y hacer más difícil la recuperación a cualquier otra enfermedad coexistente.

Por tal motivo y para efectos de esta investigación, se hace pertinente plantear la siguiente interrogante: ¿Cuál es la influencia de la disfagia en el estado nutricional de pacientes con demencia en el Hospital de Especialidades “San Juan de Dios” en el periodo mayo-junio del 2022?

1.2. Objetivos de la investigación

1.2.1 Objetivo general

- Describir la influencia entre la disfagia y el estado nutricional de los pacientes diagnosticados con demencia en el Hospital de Especialidades “San Juan de Dios” en el periodo mayo-junio del 2022.

1.2.2 Objetivos específicos

- Identificar la presencia de disfagia en los pacientes diagnosticados con demencia del Hospital de Especialidades “San Juan de Dios” por medio de la revisión de historias clínicas.
- Determinar el estado nutricional en los pacientes diagnosticados con demencia por medio de la aplicación del Cuestionario Mini Nutritional Assessment-MNA.
- Relacionar la disfagia con el estado nutricional de los pacientes diagnosticados con demencia en el Hospital de Especialidades “San Juan de Dios” en el periodo mayo-junio del 2022.

1.3. Justificación e Impacto de la Investigación

La disfagia puede estar presente durante el padecimiento de enfermedades neurodegenerativas y se ha comprobado que es posible la presencia en diferentes tipos de demencias, como las anteriormente nombradas. A pesar de que la prevalencia de la disfagia es muy variada, se encuentra usualmente a nivel geriátrico como un síntoma que asciende con la edad y que a su vez, en gran medida, se asocia con enfermedades neurodegenerativas (Warnecke, Dziewas, Wirth, Bauer & Prell, 2019). En este sentido, la disfagia impacta en el estado nutricional puesto que refleja la incapacidad de iniciar procesos normales de la deglución (Ariza & Rojas, 2020).

La desnutrición, comprendida como un estado nutricional, está presente y es propio en poblaciones geriátricas, debido a las asociaciones a múltiples enfermedades y polimedicación a causa de éstas. La desnutrición llega a tener tal grado de

protagonismo en la población geriátrica por su alta prevalencia y relación con el desarrollo de procesos infecciosos, la presencia de úlcera por presión, el declive de la capacidad funcional, estadías más prolongadas y costos institucionales elevados (Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, 2016).

En este contexto, la importancia de reconocer la presencia de disfagia junto con alguna enfermedad neurodegenerativa radica en prevenir el desarrollo de la desnutrición clínica crónica y otras complicaciones respiratorias que pueden derivar a la alteración negativa en la calidad de vida del individuo como también la asociación con la mortalidad. Asimismo, Carrillo, Aragon, García, Calvo & Pajarés (2016) indican que el estado nutricional de adultos mayores con disfagia se pudo identificar como deficiente, asociado a la demencia y mayor dependencia en movilidad y alimentación.

Con respecto a las complicaciones que acompañan a las patologías antes nombradas, se manifiesta la falta de seguridad en la deglución, las aspiraciones y penetraciones en la cavidad aérea que llegan a ser frecuentes y silentes de tal modo que conllevan a un alto riesgo de neumonía y posible deceso. De igual forma, la desnutrición afecta al 32% de pacientes con disfagia y perjudica en la personalidad y dependencia, lo que hace más difícil la respuesta contra la enfermedad. En consecuencia, predispone a un mayor tiempo de hospitalización resultando en consecuencias psicológicas tales como: ansiedad, depresión, aislamiento social y baja calidad de vida. Así también pánico al momento de comer y baja sensibilidad de gusto al probar alimentos (Sanz, 2019).

Por un lado, la disfagia se presenta en un 15% en adultos mayores y aumenta a 30% en institucionalizados (Warnecke et al., 2019). Para algunos autores las cifras no son exactas, sin embargo, resalta el estudio de Alcalde et al. (2019) realizado en España que refiere que la disfagia afecta a dos millones de personas donde tan solo el 10% está correctamente diagnosticada y tratada.

Asimismo, la prevalencia de disfagia en pacientes neurológicos es de 64% de los que han presentado derrame cerebral, 80% en personas con demencia y 18,5% al 100% en enfermedad de Parkinson (Warnecke et al., 2019).

A propósito de esta problemática, el presente estudio pretende describir la influencia entre la disfagia y el estado nutricional de los pacientes diagnosticados con demencia en el Hospital de Especialidades "San Juan de Dios", por medio del cribado nutricional

no invasivo Mini Nutritional Assessment-MNA; utilizada para evaluar el estado nutricional en adultos mayores. Así también, infundir la práctica de esta herramienta por parte de los profesionales en salud que asisten a la población en estudio. Esto con la principal finalidad de evitar la presencia de malnutrición relacionada a la disfagia por medio de la valoración precoz del estado nutricional y de este modo, evitar complicaciones que lleguen a afectar su independencia, autonomía, estado nutricional, sociabilización al momento de comer y aumentar la supervivencia.

Por tanto, la investigación serviría a las nuevas generaciones de estudiantes de la UNIB.E tanto para su formación profesional y como punto de partida para nuevas indagaciones en el tema; asimismo proveer de nueva información que aporte a la comunidad científica nacional y a su continuo desarrollo. Por tanto, el estudio está dirigido a la Salud y el Desarrollo humano Integral como línea de investigación y Ecosistemas de Salud Humana como dominio académico.

1.4. Alcance de la investigación

La presente investigación tomará lugar en Quito-Ecuador, en el Hospital de Especialidades “San Juan de Dios” en el periodo Mayo - Junio del 2022, el mismo que abarque adultos mayores de 65 a 90 años con presencia de enfermedades neurodegenerativas, que describa la influencia de la disfagia en estado nutricional por medio de un cribado nutricional no invasivo que se reflejen en datos estadísticos. Este estudio formaría parte de un beneficio para la población implicada y sus familiares, como para los profesionales implicados en su cuidado y por defecto a la institución donde se realice el estudio.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

Un estudio realizado por Thao et al. (2021) con el título de “La desnutrición se asocia con disfagia en pacientes vietnamitas adultos mayores hospitalizados”. Fue realizado en tres hospitales en Vietnam; en el que su metodología fue de tipo transversal. El objetivo principal de esta investigación es determinar la prevalencia y relación entre la desnutrición y la disfagia en 1007 pacientes adultos mayores, en el que una de sus herramientas a implementar es el Mini Nutritional Assessment “MNA”. De acuerdo a los resultados obtenidos, la prevalencia de disfagia en los pacientes fue del 24,6%, de los cuales un 71,6% presentaron desnutrición y riesgo de desnutrición; concluyendo que la prevalencia de la desnutrición en disfagia es de un 90% a diferencia de los pacientes sin disfagia en un 65%; agregando que uno de los indicadores de problemas neuropsicológicos como la demencia grave y leve son más evidentes en este grupo.

Este estudio muestra un porcentaje alto en la prevalencia de desnutrición en los pacientes con disfagia; mostrando claramente que el empleo de la herramienta de MNA llega a ser viable para la identificación temprana de riesgo de desnutrición y desnutrición en la población hospitalizada, y la intervención más oportuna de la misma. Cabe mencionar, que a diferencia de este antecedente el cual muestra un amplio criterio de exclusión; la presente investigación realizó el formulario MNA con la colaboración de determinados implicados, entre los que se encuentran pacientes conscientes como en estado de inconsciencia.

En el trabajo realizado por Espinoza et al. (2020) diseñaron un estudio cuasiexperimental longitudinal prospectivo con 255 pacientes con demencia y la edad media fue de $83,5 \pm 8,0$ años. Al mismo tiempo, fue titulado como “Prevalencia, factores de riesgo y complicaciones de la disfagia orofaríngea en pacientes mayores con demencia”, donde tuvo como uno de sus objetivos, el evaluar las complicaciones nutricionales y respiratorias de la disfagia orofaríngea (DO) en la unidad de psicogeriatría del Hospital St. Jaume i Sta. Magdalena, Mataró, Cataluña, España entre el mes de junio del 2013 a julio del 2016. Conforme a las herramientas diagnósticas, hasta el 60% de los pacientes presentaban demencia severa, siendo el

Alzheimer el tipo de demencia más común en el que la disfagia orofaríngea se genera en el estadio más grave de esta enfermedad. En el resultado sobre la aplicación del MNA el 51% de adultos mayores presentó desnutrición, el 44,7% riesgo de desnutrición y el 3,7% estado nutricional normal. Entre una de las conclusiones, se detalla que la disfagia orofaríngea se relaciona con un mayor riesgo de desnutrición, infecciones y mortalidad.

A causa de este antecedente, y conforme a los objetivos de la presente investigación de relacionar la disfagia y el estado de nutrición de los adultos mayores; se tomó en consideración la necesidad de contemplar la evolución de la demencia y su diagnóstico como punto inicial de intervención; dado que esta es una causa relevante para la disfagia y por consiguiente el desencadenante para las deficiencias nutricionales por problemas en la capacidad deglutoria del paciente y su conducta alimentaria. Por lo cual, para este motivo, la revisión de historias clínicas y la información recabada por parte del cribado MNA, proporcionó estos datos para encontrar la solución más oportuna en la intervención nutricional del paciente y evitar mayores casos con desnutrición.

En el contexto local, un estudio realizado por Maldonado (2018) lleva como título “La disfagia y su relación con el estado nutricional en adultos mayores con enfermedad de Parkinson, que acuden a la consulta externa en el hospital de atención integral del adulto mayor ubicado en la ciudad de Quito”; tuvo como objetivo determinar en 25 adultos mayores, la relación entre disfagia y su estado nutricional. La investigación fue de tipo observacional, retrospectivo, descriptivo y transversal. Además, para la obtención de los datos sobre el tipo, grado de disfagia y valoración nutricional se hizo una revisión de historias clínicas; así pues, los datos antropométricos utilizados como la circunferencia braquial y de pantorrilla fueron utilizados para relacionar las reservas de masa muscular y el estado nutricional. De acuerdo a los resultados, existe una presencia de disfagia leve en un 80% de la muestra, disfagia moderada en un 12% y severa en un 8%; asimismo se encontró que no hay una relación significativa entre el grado de disfagia y el estado nutricional debido a la falta de datos analíticos.

En relación a este antecedente, el presente estudio manejó la herramienta MNA, la cual proporcionó resultados más fiables en torno al estado nutricional en el paciente, dado que incluye varios aspectos a tomar en cuenta, entre ellos la antropometría y

preguntas sobre el estilo de vida, medicación, movilidad, ingesta y autonomía para alimentarse. Adicional a esto, se incluyeron alternativas para la obtención de datos, proveniente de las historias clínicas y comunicación directa con el paciente y/o cuidador.

La investigación llevada a cabo por Carrillo et al. (2016) titulado “Disfagia y estado nutricional en ancianos institucionalizados”, fue un estudio epidemiológico observacional, descriptivo y transversal realizado en dos instituciones sociosanitarias públicas de la provincia de Toledo, España; tuvo como objetivo conocer el estado nutricional en los adultos mayores diagnosticados con disfagia, por medio de la implementación de la herramienta de cribado nutricional MNA para la detección de la malnutrición. Como resultado, se obtuvo que de los 33 ancianos con disfagia, el 3,03% presentó una nutrición normal; el 18,18% presentó riesgo de desnutrición; y el 78,78% desnutrición. Por lo que se recalca que en la población geriátrica con problemas deglutorios prevalece un mayor riesgo de presentar problemas de desnutrición, por el mismo lado, se pudo evidenciar que entre los pacientes, existe una relación significativa con demencia moderada en un 16,13%, afectando considerablemente en su capacidad para alimentarse.

Este antecedente, advierte sobre la importancia de reconocer la disfagia en asociación a enfermedades neurológicas, y adicional a esto, a una disminución en su estado nutricional. Es por eso que la implementación del test MNA en la presente investigación, contribuyó a la detección de la malnutrición en la población adulta mayor del Hospital de Especialidades San Juan de Dios.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. La deglución

La deglución se define como un movimiento voluntario complejo, semiautomático y altamente coordinado por acciones neuromusculares que involucran alrededor de 30 músculos del tracto digestivo, respiratorio, orofaríngeo y 50 pares de músculos craneales estriados. Este proceso permite el paso correcto de comida, líquidos y otras sustancias desde la boca al estómago sin comprometer un daño a las vías aéreas. Cabe mencionar que las fases en las que se subdivide son: fase oral preparatorio, fase oral de transporte, fase faríngea y fase esofágica, como lo mencionan (Alcalde et al., 2019 ; Panebianco, Marchese, Masiero & Restivo, 2020).

- **La fase oral preparatoria:** se conoce como de acción voluntaria controlada por el área cortical del cerebro (encargada de los movimientos voluntarios). Esta fase se lleva a cabo en la boca por medio de movimientos musculares de la lengua, mejillas y boca; con el fin de posibilitar la contracción de los labios, masticación y salivación que a su vez va a permitir formar el bolo y disminuir su densidad (Alcalde et al., 2019 ; Panebianco et al., 2020).
- **La fase oral de transporte:** es la encargada de propulsar el bolo hacia la faringe a través de la presión que ejerce la lengua sobre el paladar duro; así el musculo hiogloso forma una especie de canal que asiste en el progreso del alimento. De modo que, el paso del bolo desde el istmo de las fauces (límite entre la cavidad oral y la orofaríngea) establece el fin de la fase oral e inicia el reflejo deglutorio (Alcalde et al., 2019).
- **La fase faríngea:** se considera una respuesta reflejada (involuntaria), que involucran músculos tanto de la fase oral y esofágica y tiene una duración de 0.6 a 1 segundo. Esta fase se basa en el paso del bolo desde el istmo de las fauces hasta el esfínter esofágico superior (ESS) mediado por estimulación de receptores sensoriales de la lengua y la faringe al SNC. En este sentido, ocurre el cierre del esfínter velofaríngeo (evita el reflujo hacia la nariz), la oclusión del esfínter laríngeo (impide la entrada a la vía aérea cerrando la epiglotis), el impulso del bolo y la apertura del EES (Alcalde et al., 2019 ; Panebianco et al., 2020).
- **La fase esofágica:** se controla de manera general por el sistema nervioso somático y autónomo, es decir que, es una acción tanto voluntaria e involuntaria. Puede llegar a durar más de 10 segundos y consiste en el paso del bolo del EES al estómago, a través de movimientos peristálticos del esófago que llegan hasta al esfínter esofágico inferior (EEI), donde en presencia del bolo este se abre para su paso al estómago y después de ello recupera su tamaño con el fin de evitar el reflujo gastroesofágico (Alcalde et al., 2019 ; Panebianco et al., 2020).

2.2.2. La disfagia

Una afectación del proceso de la deglución en cualquiera de sus partes, se conoce como disfagia, esta es la dificultad o imposibilidad para tragar sustancias endógenas

o exógenas como la saliva o los alimentos. En este aspecto, la disfagia se clasifica según severidad y según su localización: orofaríngea o esofágica.

a. Clasificación según la severidad de la disfagia

La Food Intake Level Scale (FILS) es una escala elaborada en 1993 y validada en 2013, usada para evaluar en qué medida los pacientes ingieren alimentos por vía oral diariamente y de esta forma clasificar la severidad de la disfagia (Kunieda, Ohno, Fujishima, Hojo & Morita, 2013). La escala FILS se divide en 3 dimensiones que se explicara de manera más amplia a continuación:

Tabla 1. Food Intake Level Scale FILS.

Alimentación por vía oral imposible (Severo)	
Nivel 1	La deglución es difícil o imposible. Existen signos de aspiración y no existe reflejo de deglución. No es posible realizar un entrenamiento de la deglución.
Nivel 2	Presencia de aspiración, pero tiene la capacidad de rehabilitarse desde el punto de vista de la deglución de manera indirecta en un comienzo, no usando alimentos.
Nivel 3	A pesar de que existen signos clínicos de aspiración, se puede realizar entrenamiento directo de la deglución, pudiendo alimentarse sólo con pequeñas cantidades de comida. El resto del aporte es por vía enteral.
Alimentación por vía oral y alternativa (Moderado)	
Nivel 4	La alimentación es enteral, pero es capaz de recibir aportes vía oral durante el tratamiento logopédico o por gusto, en pequeñas cantidades con cuidadores entrenados.
Niel 5	Alimentación por vía oral 1 a 2 veces al día con alimentos adaptados de acuerdo al tratamiento. Vía de alimentación enteral para el agua y el resto de las comidas.
Nivel 6	Puede alimentarse vía oral 3 veces al día con alimentos acordes a los indicados en el tratamiento logopédico. El agua se aporta vía enteral.

Tabla 2. Continuación

Alimentación por vía oral exclusiva (Leve)	
Nivel 7	Come 3 comidas por vía oral. El agua se da con espesante y no se usa vía enteral.
Nivel 8	Puede comer normalmente 3 veces al día, salvo para alimentos específicos que dificultan la deglución. Puede consumir agua.
Nivel 9	No hay restricciones de dieta y todas las comidas son por vía oral con supervisión.
Nivel 10	No hay restricciones de dieta. El paciente ingiere todo con normalidad.

Nota: Tomado de: *Burgoa (2019)*

Este hito referencial se tomó para conocer las complicaciones implicadas según el grado de severidad de disfagia que los pacientes en cuestión padecían, la misma que es usada por la profesional de fonoaudiología del lugar en investigación.

b. Clasificación según su localización

- Disfagia orofaríngea (DO)

Se considera como el impedimento o incomodidad para formar o movilizar el bolo alimenticio desde la boca hacia el esfínter esofágico superior, que puede ser por trastornos estructurales o funcionales. Los trastornos estructurales pueden producirse por tumores esofágicos, osteofitos cervicales, estrechamiento esofágico entre otras complicaciones postquirúrgicas. Por otro lado, los trastornos funcionales o neurógenos son por mucho los más frecuentes y se presentan comúnmente en enfermedades neurodegenerativas y envejecimiento como la disfunción de la motilidad orofaríngea, que repercute en la formación e impulso del bolo, como también es la apertura del EES (Clavé & García, 2015).

- Disfagia esofágica (DE)

Se presenta como la dificultad de pasar el bolo desde el esófago hacia el estómago. A pesar de que involucra una fase involuntaria de la deglución (cuarta fase) las personas que padecen esta patología, refieren la percepción de que el bolo se detiene

en el cuerpo esofágico y resulta en episodios de tos, aspiración, asfixia, pérdida del tono de voz y la necesidad de expulsar el alimento ingerido (Alcalde et al., 2019).

A pesar de que clínicamente la disfagia no se presenta por el envejecimiento se puede evidenciar cambios asociados a la edad que afecta de manera directa a esta patología. Es así, que es más probable que a medida que aumenta la edad exista pérdida de dientes, mayor presencia de prótesis dentales removibles, menor producción de saliva, disminución del tono muscular faríngeo, disfunción de la epiglotis, problemas en la respiración y menor extensión de ondas peristálticas esofágicas (Alcalde et al., 2019).

2.2.2.1. Epidemiología de la disfagia

A medida que la población en general tiende a ser más anciana, es más probable el cumulo de enfermedades y comorbilidades como la demencia o la enfermedad de Alzheimer, donde la presencia de DO es cada vez más marcada, más que la DE. Por ejemplo, la presencia de DO en pacientes con Parkinson es de 35-45% y hasta el 85% en enfermedad de Alzheimer (Sanz, 2019). Así también, Zamora et al. (2018) refieren que dentro de los trastornos neurocognitivos con mayor prevalencia de DO, tanto en ancianos institucionalizados y hospitalizados, se encuentra del 52-82% con parkinsonismo y el 84% con enfermedad de Alzheimer. Mientras que Pérez et al. (2018) comentan que la prevalencia de DO en individuos con Parkinson es de 35-45% y de 84% en personas con Alzheimer.

A pesar de que la disfagia esofágica no es tan prevalente como la anteriormente descrita en la población anciana, esta se puede dar en mayor medida como consecuencia de las demencias vasculares por antecedentes de accidente cerebro vascular, o a su vez, en fases crónicas de la demencia de tipo neurodegenerativo (SEGG, 2007). De este modo, según la declaración de la Organización Americana de Gastroenterología en 1999 explica que la prevalencia de la DE se encuentra alrededor del 16% en adultos (Spechler, 1999). Mientras que, según esta misma asociación en 2014 habla de que su prevalencia es variable y no se puede dar datos exactos, sino más bien aproximados, dado que depende mucho de las causas que den origen a este tipo de disfagia, la frecuencia con la que se presente dicha enfermedad en cada país y en qué grupo etario; puesto que no hay que olvidar que la etiología de la

disfagia no es la misma en la población geriátrica que pediátrica (World Gastroenterology Organization, 2014).

2.2.2.2. *Etiología de la disfagia*

Las causas son múltiples, sin embargo, las más frecuentes se encuentran asociadas a trastornos neurológicos como las enfermedades que afectan al sistema nervioso central (SNC) y algunos medicamentos relacionados con la disfagia como los psicótropos, benzodiacepinas, antiinflamatorios, entre otros (Ariza & Rojas, 2020).

Asimismo, la etiología de la disfagia puede originarse por alteraciones propias a la edad de la persona sana, esto quiere decir que conforme el adulto mayor envejece, se generan cambios en las estructuras estomatognáticas (aparato masticador) que afectan en las diferentes etapas de la deglución, conocida como “Presbifagia” (Ambiado & Borjas, 2021). Algunas de estas alteraciones se presentan a continuación:

-Preparatoria Oral: alteraciones dentarias; alteración del control motor del bolo alimenticio (BA); disminución sensorial gustativa; alteración de la cohesión del BA; déficits masticatorios.

-Oral: presión lingual y fuerza reducida; dificultad en la propulsión del BA.

-Faríngea: retraso en el disparo de la respuesta motora faríngea (reflejo deglutorio, protege a la laringe de penetración del BA); estasis del alimento (estancamiento); enlentecimiento del tránsito faríngeo.

-Esofágica: fallas en la distensión del esfínter esofágico superior e inferior; disminución del peristaltismo esofágico; reflujo.

Adicional a esto, en edades desde los 65 años o más, los ancianos también presentan cambios neurofisiológicos centrales y periféricos, es decir, relacionados con enfermedades del sistema nervioso (SNC y SNP). En relación a los cambios periféricos se encuentra la sarcopenia; disminución de la fuerza, tono y resistencia muscular; aumento del tejido adiposo y conectivo de la lengua; disminución progresiva de las unidades motoras funcionales; y centrales como hipersensibilidad de la sustancia blanca y ganglios basales; desaceleración del rendimiento en las tareas motoras finas y gruesas; y disminución del tiempo de reacción a los estímulos sensoriales como el gusto, presión y temperatura (Ambiado & Borjas, 2021).

Estos cambios estructurales pueden desencadenar en alteraciones en el proceso deglutorio, denominado disfagia, sin embargo, algunos autores consideran que la deglución en los adultos mayores sanos no se encuentra afectada (Baijens et al., 2016), debido a que en un inicio no suelen causar cambios en la seguridad de la deglución (definida como la ausencia de riesgo de penetración y/o aspiración), pero sí en la eficacia (definida como la entrada normal de líquidos y nutrientes de los alimentos por un correcto sello labial, sin residuos orales o faríngeos y sin deglución fraccionada) (Venegas et al., 2020 ; Molina, Cantero & Delgado, 2017). Sin embargo, en la actualidad ya se ha podido observar que en adultos mayores existe un aumento de residuos orales que conllevan a riesgos de penetración, la cual está relacionada con la falta en la apertura del EES (Ambiado & Borjas, 2021).

2.2.2.3. Complicaciones y consecuencias de la disfagia

- Complicaciones respiratorias

Registrada como la principal causa de deceso en pacientes con disfagia, donde queda expuesto que hasta el 50% de pacientes neurológicos refieren alteraciones en la seguridad de la deglución como penetraciones y aspiraciones. Consecuentemente provoca mayor probabilidad de infecciones respiratorias, usualmente de tipo silentes con presencia de tos, que repercute en el desarrollo de neumonía aspirativa, siendo así, la causa más frecuente de decesos en adultos mayores que comparten estas dos enfermedades (Sanz, 2019).

- Desnutrición

En pacientes con disfagia existe una afectación en el estado nutricional, debido a la incapacidad de alcanzar los requerimientos diarios, lo que conlleva una pérdida de peso representativa. Principalmente se encuentra adultos mayores con desnutrición energética que podría originar anorexia, siendo evidente la disminución de grasas subcutánea y masa muscular. A pesar de las modificaciones de textura en los alimentos, se evidencia un gran temor por comer o beber alimentos, que de hecho, conlleva a una grave deshidratación agravando el cuadro del paciente. Además, en estos pacientes con enfermedades neurológicas, normalmente el consumo energético debe aumentarse, por el efecto oxidativo y de estrés que acompaña a la patología. Del mismo modo, es importante conocer que el mal estado nutricional aumenta debido a la sarcopenia, conocida como la pérdida de masa y potencia

muscular, que generalmente acontece en este grupo etario (Cabrera & De la Cruz, 2016).

- **Impacto en la Calidad de Vida**

Debido a todas las implicaciones de la disfagia en pacientes con demencia ya sea por sus síntomas que causan malestar, dolor y además, desnutrición y cambios comportamentales y de personalidad, se manifiestan cambios en la calidad de vida del adulto mayor al momento de ingerir alimentos por las alteraciones en el proceso de deglutir alimentos que puede ser más demoroso o incluso que puede generar incomodidad, ansiedad, vergüenza o frustración al momentos de compartir con familiares, amigos o allegados. Conforme suceden estos episodios, se incluyen situaciones como la depresión, debilidad muscular, apatía, pérdida de la motivación por comer y pérdida del apetito, lo cual ocasiona una mayor dependencia de un cuidador (Cabrera & De la Cruz, 2016).

2.2.3 Estado nutricional

El estado nutricional se considera como el equilibrio entre las necesidades nutricionales y el gasto de energía de los alimentos ingeridos (Figuroa, 2004). En la población de estudio, según revisión bibliográfica, es común el deterioro del estado nutricional (malnutrición), debido a algunas causales de ámbito social, psicológico o patológico. Por ejemplo, en torno al ámbito social los ancianos se encuentran institucionalizados donde puede ser posible que la dieta no sea adecuada o suficiente según sus requerimientos nutricionales. Mientras que, una causal psicológica como la demencia afecta en las actividades diarias, como alimentarse. Así también, un aspecto patológico que se relaciona en la investigación es la disfagia, que consecuentemente provoca una disminución en la ingesta de alimentos líquidos y por ende el peso (Pérez, Reyes, Del Castillo & López, 2020).

Para la evaluación del estado nutricional se puede usar dos métodos, mediante el uso de a) técnicas de screening o cribado, que tiene como finalidad identificar factores de riesgo de desnutrición en adultos que inicialmente se encuentran aparentemente sanos, mientras que b) la valoración nutricional ampliada se trata de la evaluación del paciente, además del cribado, por medio de datos bioquímicos e inmunológicos, revisión de historia clínica, hábitos dietéticos, exploración física, el consumo de medicamentos, entre otros estudios (SEGG, 2016).

Por lo general, una de las herramientas básicas en las técnicas de cribado es la evaluación del cambio en la composición corporal por medio de información antropométrica. De este modo, el peso es un buen indicador para determinar si es necesario la aplicación de otros estudios que confirmen la presencia de un problema, ya que por sí solo no es un agente de valor, al igual que otros datos antropométricos. Una pérdida de peso mayor al 5-10% provoca cambios orgánicos relevantes, mientras que, en el caso de que este ascienda al 35-40% representa una asociación de alrededor del 50% al fallecimiento del paciente y si la pérdida de peso sobrepasa el 50% compromete la subsistencia (Pérez, Reyes, Del Castillo & López, 2020).

2.2.3.1. Malnutrición

Según Cederholm et al. (2017) la malnutrición es “aquel estado secundario a una falta de absorción y/o ingesta de nutrientes que tiene como consecuencia una composición corporal alterada con disminución de la masa libre de grasa y la masa celular corporal total que conlleva a una disminución de la condición física y mental” (pág. 51). De esta forma, en relación con los pacientes que padecen disfagia y por ende tienen el proceso deglutorio comprometido, incide en la ingesta de alimentos que de cierta manera condiciona al desarrollo de malnutrición.

2.2.3.1.1. Tipos de malnutrición

Actualmente, como lo menciona Carrión (2017) la más conocida y aceptada se clasifica en tres tipos, donde todas se pueden asociar a la disfagia:

- Malnutrición por inanición: relacionada a la baja ingesta calórica-proteica en ausencia de inflamación, caracterizada por baja masa muscular y grasa subcutánea.
- Malnutrición en relación a enfermedades crónicas: se encuentra comúnmente en individuos hospitalizados, donde existe una menor ingesta debido a anorexia o inflamación crónica por enfermedad, por ejemplo, enfermedades neurodegenerativas.
- Malnutrición en relación a enfermedades agudas: se presenta en severos estados de inflamación, por ejemplo, en neumonía aspirativa.

2.2.3.1.2. Relación de la malnutrición con la disfagia y las enfermedades neurodegenerativas

Como anteriormente se mencionó, el tipo de disfagia más asociado a enfermedades neurodegenerativas, como la enfermedad de Parkinson, accidente cerebrovascular y enfermedad de Alzheimer, es la disfagia orofaríngea (DO), puesto que afecta a nivel bucal, debido a que en este tipo de pacientes se ve comprometida la movilidad del alimento en la boca y la capacidad de tragar y pasar al esófago el bolo alimenticio (Moyano, 2020).

El deterioro cognitivo progresa en concordancia con la gravedad de las enfermedades neurodegenerativas, es así que en el deterioro cognitivo leve, la afección se ve representada en la dificultad para empezar y permanecer en el proceso alimentario, inclusive, puede presentarse situaciones en las que el paciente olvide que está comiendo y requiere de atención asistida. Así también, a medida que empeora la cognición a estadios moderados, existe la dificultad para controlar los cubiertos o el vaso en la mano, direccionar la comida del plato a la boca, reconocer los objetos a su alrededor, hasta llegar a fases avanzadas donde la deglución y masticación es casi ausente (Moyano, 2020).

En esta medida, las enfermedades que afectan el estado cognitivo, alteran a las actividades diarias como alimentarse y junto con la prevalencia de disfagia que es muy usual en estas patologías, provoca una pérdida de peso, deshidratación y desnutrición. De forma inicial, esta asociación entre el deterioro de la cognición y la disfagia, interfiere en cubrir las necesidades calóricas del individuo resultando en desnutrición energética, no obstante, si la disfagia no es precozmente diagnosticada y tratada adecuadamente a la realidad del paciente, puede provocar a largo plazo una desnutrición proteico-calórica (Moyano, 2020).

La desnutrición llega a afectar fuertemente en los pacientes, ya que la presencia de esta infiere en el aumento de enfermedades de tipo infecciosas, catabolismo de la masa muscular, baja cicatrización de heridas, perturbación en la calidad y estilo de vida, hasta producir la muerte (Lobatón, 2020).

2.2.4. Métodos de evaluación nutricional

2.2.4.1. Mini Nutritional Assessment (MNA)

El cuestionario MNA es una herramienta de cribado validada y utilizada para evaluar el estado nutricional, en especial identificar a individuos en riesgo de malnutrición o malnutrición, dirigido para adultos mayores, considerado como método gold estándar por su dirección específica a la población anciana, uso práctico de medidas, no invasivas y de fácil aplicación. De esta forma, el MNA proporciona una clasificación de individuos malnutridos, que requieran una intervención temprana de apoyo nutricional, para con ello evitar un mayor deterioro de los pacientes (Carrión, 2017).

Cabe aclarar que la herramienta en mención tiene dos versiones: la versión larga (MNA) y la versión reducida (MNA-SF), sin embargo, las dos evalúan riesgo de malnutrición o malnutrición sin perder su precisión y validez. Para la versión larga del MNA se requiere entre 10 y 15 minutos para su ejecución, mientras que, la versión MNA-SF se realiza en 5 minutos. Esta última, es utilizada especialmente en el ámbito ambulatorio, hospitalario y centros de larga estancia (Lopes et al., 2018).

La versión extensa del MNA proporciona datos relacionados a las causas de desnutrición, de modo que, su contraparte no cumple a menos de que sea evaluado conjuntamente con una valoración nutricional global por un profesional del área de nutrición. En este mismo orden de ideas, se recomienda su aplicación anualmente en pacientes ambulatorios y cada 3 meses en pacientes institucionalizados o identificados con riesgo de malnutrición y malnutrición (NNI, 2021).

- Pasos para la aplicación del MNA y MNA-SF

Como primera instancia, es necesario tener la información del paciente como el nombre, el sexo, la edad, el peso y la estatura. Los tres últimos datos van a usarse en el formulario para completar algunos criterios, en este sentido, es importante que el peso se refiera en kilogramos y la estatura en centímetros. En el caso del paciente encamado, será necesario la evaluación de la estatura por medio de la medida de la altura de la rodilla en centímetros o la fórmula de la media envergadura (NNI, 2021).

- Detección MNA-SF

La versión abreviada consta de 6 apartados (A-F), las preguntas se realizan al paciente, no obstante, en el caso de que este no sea capaz de responder, el o la

cuidadora puede intervenir o se puede indagar por medio de la revisión de historia clínica. En la versión reducida se identifica si el paciente ha disminuido la ingesta de alimentos, el peso y el estrés psicológico en los últimos 3 meses. Así también, evalúa la movilidad, problemas neurológicos e índice de masa corporal (IMC). Una vez aplicada esta sección, se contabiliza el puntaje, donde si la calificación es igual o mayor a 12 puntos el paciente se encuentra bien nutrido sin necesidad de intervención adicional. En el caso de que la puntuación sea entre 8 a 11, la persona está en riesgo de desnutrición. Mientras que, una puntuación igual o menor a 7 refiere malnutrición. De esta forma, si el valor es igual o menor a 11, se puede continuar con la versión extendida del MNA (NNI, 2021).

- **Detección MNA**

Además de las preguntas de la versión abreviada, en la versión extensa del MNA se considera, si usan más de 3 medicamentos al día, presentan lesiones de piel o úlceras, número de comidas diarias consumidas, tipos de alimentos y frecuencia de ingesta, cantidad de líquidos, modo de alimentación (autónoma o dependiente), percepción del paciente sobre su estado nutricional y salud en comparación a otros individuos de su grupo etario y medición de la circunferencia braquial y el perímetro de la pantorrilla (NNI, 2021).

Para completar el apartado Q y R se debe tomar en cuenta el procedimiento para el registro del perímetro de la pantorrilla y la circunferencia braquial, en el que se usó la cinta métrica de marca Lufkin Executive Thinline 2m W606PM.

Para medir el perímetro de la pantorrilla es necesario tomar una cinta métrica que rodee la parte más prominente de la misma. Después de tomar este número se debe medir nuevamente sobre y debajo del punto inicial, para constatar que se haya tomado el valor más alto (NNI, 2021).

Mientras que para la circunferencia braquial, el brazo debe estar en una posición de 90 °. Luego, medir la distancia entre la parte más prominente del hombro (acromion) hasta el hueso que sobresale del codo (olécranon), marcando el punto medio de estos dos. Después, en el punto medio se rodeará con la cinta métrica y para finalizar se registra el valor obtenido (NNI, 2021).

Así también, para la medida de la estatura en los adultos mayores, se recurrió a la toma de la media envergadura que se muestra en el manual del MNA, en el que especifica su uso en pacientes encamados y como lo menciona Peña (2020) para pacientes que se encuentran en silla de ruedas, presentan encorvamiento de la columna vertebral o simplemente no consiguen mantenerse de pie. La toma de la media envergadura se realizó mediante la colocación de una cinta métrica que inicia desde la clavícula derecha del esternón hasta el extremo distal de la mano y dedo medio derecho, en el que el valor fue multiplicado por dos (NNI, 2021).

Además, para la estimación del peso se trabajó con la fórmula de Rabito, Vannucchi, Suen, Neto & Marchini (2006), quienes recomiendan su uso para pacientes encamados o en casos en los que el uso de la báscula se vea limitado. Es así, que para obtener el dato del peso en los adultos mayores, se tuvo que realizar la medición de la circunferencia braquial, circunferencia de la pantorrilla y la circunferencia abdominal. Esta última medida se localiza en el punto medio entre la última costilla y en el borde de la cresta iliaca. La fórmula a utilizar fue la siguiente:

$$\text{Peso (kg)} = 0.5759 \times (\text{Circunferencia braquial cm}) + 0.5263 \times (\text{circunferencia abdominal cm}) + 1.2452 \times (\text{circunferencia de la pantorrilla, cm}) - 4.8689 \times (\text{Sexo, masculino} = 1 \text{ y femenino} = 2) - 32.9241$$

Por lo tanto, para valorar el IMC, se recurrió a la toma del peso en kilogramos y la talla en metros al cuadrado a través de las estimaciones mencionadas. Para que de este modo se alcance a interpretar una desnutrición severa si el IMC es $< 16 \text{ kg/m}^2$, desnutrición moderada de $16 - 19,9 \text{ kg/m}^2$, desnutrición leve de $17 - 18,4 \text{ kg/m}^2$, peso insuficiente $18,5 \text{ a } 21,9 \text{ kg/m}^2$, normal $22,0 \text{ a } 26,9 \text{ kg/m}^2$, sobrepeso $27,90 \text{ a } 29,9 \text{ kg/m}^2$ y obesidad $> 30 \text{ kg/m}^2$ (Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral & SEGG, 2017).

2.2.5. Demencia

El origen de la demencia proviene del latín “demens” la cual significa “estar loco” (Assal, 2019), en otras investigaciones este término se acuñe a una “condición o estado ausente de la mente” empleada por Esquirol y Bayle quien atribuía a la demencia como una lesión del sistema nervioso central (Custodio, Montesinos & Alarcón, 2018) y la cual ha sido utilizada desde el siglo XIII caracterizándose por presentar condiciones psiquiátricas y neurológicas que daban como resultado inconvenientes psicosociales, seis siglos después se consideró el tratamiento con

especialistas para estos individuos reconociéndose como una enfermedad médica (Assal, 2019). En 1900 también se agregaron nuevas definiciones a enfermedades relacionadas con la demencia como el Alzheimer y demencia frontotemporal, descritas por Alois Alzheimer (1906) y Arnold Pick (1892) respectivamente. Estudios posteriores permitieron desarrollar nuevas indagaciones sobre otros tipos de demencia (Custodio et al., 2018).

La demencia en la actualidad es considerada como un trastorno neurocognitivo mayor, en el que según Cantón et al. (2019) “es un proceso neurodegenerativo progresivo e irreversible que cursa con un profundo deterioro de las capacidades cognitivas, verbales y funcionales” (pág. 988). Dando como resultado una incapacidad de quienes lo padecen en las actividades diarias, dejando de lado lo que normalmente se asocia al proceso de la vejez.

En relación a esto, la demencia es un síndrome con deterioro en la cognición de una persona, que afecta considerablemente su independencia en donde Sacuiu (2016) menciona que se puede evidenciar que cada cuatro segundos se registra un nuevo caso de demencia en todo el mundo y las cifras continúan acrecentándose en la población en un 1,3% y la cual dependerá de la edad en la que se desarrolle ya sea desde los 25 años de edad, siendo considerada una demencia precoz o desde los 65 años o más en donde las cifras aumentan cerca del 50% (Ávila, 2016).

2.2.5.1. Tipos de Demencia

Para tener un mayor entendimiento, los tipos más comunes de demencia son llamados enfermedades neurodegenerativas, las últimas se definen como una disfunción progresiva del SNC, por una acumulación de proteínas mal plegadas que produce muerte celular, dependiente de la vulnerabilidad selectiva neuronal (Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, 2016). En este contexto, existen varias formas de demencia, considerándose las más comunes la demencia de tipo primaria como la enfermedad de Alzheimer, la enfermedad de Parkinson, la enfermedad por cuerpos de Lewy y la demencia frontotemporal; las demencias de tipo secundarias como la demencia vascular; y la demencia mixta generada por la combinación de las anteriores. En consecuencia a la demencia, los problemas en la deglución son los que más predominan en los adultos mayores generados por alteraciones neurológicas, que se verán a continuación (Sanz, 2019).

a. Demencia degenerativa Primaria

- **Enfermedad de Alzheimer (EA):** Es la enfermedad más común encontrándose en un 60% al 80% de los casos. La principal causa del Alzheimer es la acumulación de proteínas como las placas amiloides y ovillos neurofibrilares en la corteza entorrinal y el hipocampo provocando un daño y muerte neural irreversible. Algunos de los síntomas cognitivos de esta enfermedad son la pérdida de la memoria corto plazo, trastornos en la comunicación, incapacidad para el reconocimiento de objetos, personas, desorientación, entre otros, y además síntomas no cognitivos como la depresión, agresión física y verbal, alucinaciones, delirios y actividades repetitivas, entre los más comunes (Duong, Patel & Chang, 2017).
- **Enfermedad de Parkinson (EDD):** se considera la segunda enfermedad neurodegenerativa más común en la edad adulta luego del Alzheimer, generada por la pérdida de la dopamina del mesencéfalo (sustancia negra) y por la presencia de cuerpos de Lewy o proteínas alfa-sinucleína. Se manifiesta como problemas en la función motora como la lentitud de movimientos, temblor en reposo y rigidez, además se presentan síntomas no motores como la depresión, ansiedad, apatía, alucinaciones, ataques de pánico, trastornos en el sueño, dolor, fatiga, trastornos gastrointestinales en donde la disfagia es uno de ellos (Martínez, Gasca, Sánchez & Obeso, 2016).
- **Enfermedad por Cuerpos de Lewy (DCL):** la prevalencia de esta enfermedad es del 5% al 15% en la población y está causada por la acumulación de la proteína alfa-sinucleína dentro de las neuronas, algunos de sus síntomas es el letargo, somnolencia, episodios de mirada en blanco desconexión del entorno, problemas para comunicarse, también algunos síntomas del parkinsonismo que no son muy recurrentes (Duong et al., 2017).
- **Demencia Frontotemporal (DFT):** es una enfermedad que puede presentarse en edades tempranas (45-75) años y se caracteriza por la acumulación de proteínas tipo Tau y TDP-43 que causan daño en los lóbulos frontal y temporal del cerebro, algunos de sus síntomas son los cambios en la personalidad y del comportamiento (Duong et al., 2017).

b. Demencia degenerativa Secundaria

- **Demencia Vascular:** su prevalencia es del 20% en la población y se genera por una afección en el flujo normal en los vasos sanguíneos que imposibilita el

paso de oxígeno al cerebro. Una de las causas más comunes es el accidente cerebro vascular en donde los síntomas más comunes son la confusión, dificultad para hablar y pérdida en la función ejecutiva como el pensamiento y razonamiento (Duong et al., 2017).

2.3 Fundamentación legal

CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR

En la sección VII de la Constitución ecuatoriana sobre la Salud en el Art. 32. Manifiesta que “La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir”.

Además, en el Capítulo VI sobre los derechos de libertad en el Art. 66. Numeral 2. Establece que “El derecho a una vida digna, que asegure la salud, alimentación y nutrición, agua potable, vivienda, saneamiento ambiental, educación, trabajo, empleo, descanso y ocio, cultura física, vestido, seguridad social y otros servicios sociales necesarios”.

(Constitución de la República del Ecuador, 2008)

Estos artículos tienen concordancia con nuestra investigación debido a que la influencia de la disfagia en el estado nutricional de adultos mayores con demencia permitirá un conocimiento más amplio sobre las modificaciones alimentarias que el personal de salud a cargo debe tener en cuenta para proporcionar estos derecho que condicionan un buen vivir de manera que cubrirá las necesidades de alimentación y nutrición.

CÓDIGO ORGÁNICO DE SALUD

Conforme al Código Orgánico de Salud en el Capítulo II sección I sobre los Derechos a la Salud se menciona en el Art. 3. Que “La Salud es el estado de completo bienestar, mental, físico y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. La salud implica que todas las necesidades fundamentales de las personas estén cubiertas como son sus necesidades sanitarias, nutricionales, sociales y culturales”.

(Asamblea Nacional, 2016)

Esta investigación ha dejado expuesta las complicaciones que abarca la disfagia y la demencia entorno a la alimentación (desnutrición, depresión, ansiedad, pérdida de apetito y motivación por comer), por lo que compromete el estado de completo bienestar, tomando en consideración desde la presencia de malnutrición no diagnosticada, que no permite cubrir con las necesidades nutricionales que el cuerpo necesita en esta condición.

Además, en el Art. 4 del mismo cuerpo normativo cita sobre el Derecho a la Salud en donde “El derecho a la salud consiste en el acceso universal, permanente, oportuno y continuo a la atención de salud de manera integral e integrada, de acuerdo a la política establecida por la Autoridad Sanitaria Nacional, para la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la recuperación, la rehabilitación y los cuidados paliativos y de largo plazo”.

(Asamblea Nacional, 2016)

El derecho a la salud por medio de la atención oportuna y continua se debe reflejar en el correcto diagnóstico del estado nutricional en la disfagia de personas mayores con demencia, desde el momento en que ingrese al centro geriátrico y se establezca el cuestionario MNA como una herramienta de prevención que permita identificar la desnutrición y mitigar el desarrollo a estadios avanzados.

CÓDIGO ORGÁNICO DE SALUD

En el Art. 7 del Código Orgánico de Salud sección II sobre los Derechos Específicos a la Salud se cita a la Atención Digna en donde “Toda persona, familia o comunidad que recibe atención por cualquier prestador de salud tiene derecho a:

3) Recibir atención integral para satisfacer su necesidad y/o intervenir en el problema o riesgo de su salud, relacionado con su ciclo de vida, con calidad, seguridad y efectividad”.

(Asamblea Nacional, 2016)

Con relación a la investigación, el cuestionario que se proporcione en el Hospital deberán usarse de forma efectiva y con atención integral para evitar falsos positivos de desnutrición y evitar cambios innecesarios en las ingestas calóricas.

LEY DE DERECHO Y AMPARO DEL PACIENTE

La Ley de Derecho y Amparo del Paciente en el Capítulo II Derechos del Paciente, habla sobre el Derecho a una Atención Digna en su Art. 2 en donde “Todo paciente tiene derecho a ser atendido oportunamente en el centro de salud de acuerdo a la dignidad que merece todo ser humano y tratado con respeto, esmero y cortesía”.

Asimismo en el Art. 3 sobre el Derecho a no ser discriminado alega que “Todo paciente tiene derecho a no ser discriminado por razones de sexo, raza, edad, religión o condición social y económica”.

(Ley Orgánica de Salud, 2006).

Se debe aplicar el derecho a una atención digna y a la no discriminación por parte del profesional de salud encargado del cuidado de este grupo etario, como también de los autores del presente estudio. Una atención digna que reconozca el estado mental del paciente y a no ser discriminado por su condición.

LEY ORGÁNICA DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

Conforme a la Ley Orgánica de las Personas Adultas Mayores en el Capítulo III De Los Deberes del Estado, Sociedad y la Familia frente a las Personas Adultas Mayores expresa en el Art. 9.- Deberes del Estado:

b) Garantizar el acceso inmediato, permanente, y especializado a los servicios del Sistema Nacional de Salud, incluyendo a programas de promoción de un envejecimiento saludable y a la prevención y el tratamiento prioritario de síndromes geriátricos, enfermedades catastróficas y de alta complejidad;

c) Garantizar la existencia de servicios especializados dirigidos a la población adulto mayor que brinden atención con calidad y calidez en todas las etapas del envejecimiento;

(Asamblea Nacional, 2019)

La escasa investigación sobre la influencia de la disfagia en el estado nutricional de pacientes con demencia a nivel nacional repercute negativamente en el proceso de envejecimiento saludable, debido a que no se toman en cuenta las pautas que se necesitan cambiar en pacientes adultos mayores.

Art. 10.- Corresponsabilidad de la sociedad. Es corresponsabilidad de la sociedad:

- a) Promover y respetar los derechos de las personas adultas mayores y brindar un trato especial y preferente;
- b) Interponer las acciones correspondientes, ante las autoridades competentes y actuar de manera inmediata frente a situaciones de vulnerabilidad que afecten a las personas adultas mayores;
- c) Contribuir en la vigilancia y control de las acciones y medidas para su protección;

(Asamblea Nacional, 2019)

Tomando en cuenta a la sociedad como las personas allegadas al paciente, ofrecerán un cuidado especial y preferente por la naturaleza y complicaciones de la enfermedad (disfagia), asistirán en situaciones de emergencia (broncoaspiración), cooperará con medidas de protección (diagnóstico precoz de desnutrición) y la vigilancia al momento de comer.

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

El marco metodológico es realizado a necesidad de explicar ordenadamente el plan o las etapas a llevar a cabo en la investigación, de modo que, demuestren las razones detalladas por las cuales se eligieron el paradigma, enfoque, diseño, tipo y nivel de investigación en concordancia con los objetivos del estudio (Castillo, Gómez, Taborda & Mejía, 2021).

3.1. Naturaleza de la investigación

El paradigma llevado a cabo en el presente trabajo investigativo es el positivista, el cual se define como aquel que: “considera que no existe otro conocimiento que el que proviene de hechos reales verificados por la experiencia, negando así la posibilidad de que la teoría pueda ser una fuente del conocimiento y que la filosofía pueda contribuir al conocimiento científico...” (Guamán, Hernández & Loay, 2020, pág. 266). Siendo evidente que la metodología aplicable se llevó a cabo mediante la práctica de un procedimiento científico, más no empírico, al momento de efectuar la herramienta de cribado Mini Nutritional Assessment por medio de la ejecución de determinadas preguntas para la recolección de datos antropométricos, ingesta, estilo de vida, medicación, movilidad, autonomía en la alimentación, en el paciente, e identificación de desnutrición o riesgo de desnutrición; adicional a esto se pudo verificar la alta sensibilidad y valor predictivo del cuestionario.

Conforme lo define Fernández, Baptista & Hernández (2014) el enfoque cuantitativo tiene la característica de seguir un proceso conformado principalmente por “la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin de establecer pautas de comportamiento y probar teorías” (pág. 4). Lo que evidencia la estructura del presente trabajo de investigación debido al establecimiento de objetivos, pregunta de investigación, análisis de bibliografía y desarrollo de un marco teórico y lo más relevante es la implementación de la herramienta de diagnóstico para detectar el estado nutricional, la cual fue posteriormente analizada para conseguir sus pertinentes resultados y conclusiones.

Asimismo, el diseño de la investigación es no experimental transversal, debido a que según Hernández & Mendoza (2013) “Son estudios que se realizan sin la manipulación deliberada de variables y en los que solo se observan los fenómenos

en su ambiente natural para analizarlos” (pág. 175). Esto quiere decir que en el momento de la aplicación de la herramienta MNA, hubo una observación de las variables dependientes como el estado nutricional (normal, riesgo de malnutrición o malnutrición), y como menciona el autor, se observó al paciente en situaciones ya existentes no provocadas para posteriormente analizarlas. Del mismo modo, el estudio generado fue transversal, debido a que se “recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único” (pág. 176). Incluso “Se utilizan para evaluar cuestiones de prevalencia y son idóneos para el estudio de las variables dependientes que permanecen estables en el tiempo, es decir, que no son susceptibles de cambio” (Ato, López & Benavente, 2013). Es por este motivo que el presente proyecto analizó sus determinadas variables en un solo establecimiento (Hospital de Especialidades “San Juan de Dios”) y en un periodo de tiempo (mayo-junio 2022) definido, con el objeto de conocer el estado nutricional en casos de disfagia en los adultos mayores con demencia.

Para comprender cuál es la esencia de los estudios de nivel descriptivo, Fernández et al. (2014) refieren que:

Con los estudios descriptivos se busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, únicamente pretende medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, esto es, su objetivo no es indicar cómo se relacionan estas (pág. 92).

En efecto, la presente investigación tomó lugar en Quito-Ecuador, en el Hospital de Especialidades “San Juan de Dios” en el periodo mayo - junio del 2022. Este estudio pretendió evaluar la influencia de disfagia en el estado nutricional en adultos mayores de 65 a 90 años con presencia de enfermedades neurodegenerativas (demencia), por medio de un cribado nutricional no invasivo que se reflejen en datos estadísticos. Considerando que formaría parte de un beneficio para la población implicada y sus familiares, como para los profesionales relacionados en su cuidado; y por defecto a la institución donde se realice el estudio.

Mientras que, el tipo de estudio es definido de campo considerando que para (Hernández & Mendoza, 2013) “el estudio de campo es un experimento efectuado en una situación más real o natural en la que el investigador manipula una o más

variables independientes” (pág 172). Por ende, explica que esta investigación se llevó a cabo en el Hospital de Especialidades “San Juan de Dios”, dado que es el lugar donde se presenta el fenómeno de estudio y se logró observar el estado natural de las variables dependientes para la posterior recolección de información.

3.2. Población y muestra

De acuerdo a Arias, Villasis & Miranda (2016) “La población de estudio es un conjunto de casos, definido, limitado y accesible, que formará el referente para la elección de la muestra, y que cumple con una serie de criterios predeterminados...” (pág. 202). Mientras que, la muestra de la población o subgrupo a quienes se recolectará la información deberá ser de tipo no probabilístico intencional debido a que la elección del grupo dependerá de las características, el contexto de la investigación y el planteamiento del problema, siguiendo los criterios de inclusión y exclusión establecidos por parte de los investigadores (Hernández & Mendoza, 2013).

Por lo tanto, esta investigación tomó a la población del Hospital de Especialidades “San Juan de Dios” que tenga como características: contar con un rango de edad de 65 a 95 años y presentar diagnóstico de demencia y disfagia. De este modo, la población de 20 pacientes que cumplieran con ambos criterios, fue sometida a la aplicación de la herramienta MNA y MNA s-f, de la que se obtuvieron los datos necesarios para establecer el estado nutricional del paciente.

3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica es un procedimiento que sirve de complemento al método científico, necesario para la obtención de datos e información, para ello, también es imprescindible utilizar instrumentos como medios, equipos (manuales o digitales), que servirán a los investigadores para el posterior análisis e interpretación de resultados. En la presente investigación se utilizó a la encuesta, y como instrumento se implementó el cuestionario, para dicho fin (Arias, 2012).

3.4. Técnica de recolección de datos

En un modelo de estudio cuantitativo, la técnica más adecuada, si lo que se quiere es medir y conocer variables como edad, sexo, ocupación o características de un conjunto de personas, lo conveniente es recurrir a la encuesta oral. De tal forma, la encuesta pretende obtener información de un grupo o una parte de la población de interés. El tipo de encuesta a utilizar en la presente investigación es de tipo oral, en

la que los investigadores realizaron de manera personal las preguntas del cuestionario (MNA) a los pacientes de la muestra o a sus cuidadores, sin embargo en el caso de que estos no pudieron contestar, se pudo obtener información por medio de historia clínica (Gallardo, 2019).

3.5. Operacionalización de la variable

Tabla 3. Operacionalización de la variable

Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Ítem
Estado nutricional	Se considera como el equilibrio entre las necesidades nutricionales y el gasto de energía de los alimentos ingeridos (Figuroa, 2004).	Signos y síntomas clínicos	Impacto en la ingesta calórica (pérdida de apetito, problemas digestivos, masticación y deglución)	A
			Úlceras y lesiones cutáneas	I
		Antropometría	Peso	B
			IMC	F
			Circunferencia braquial	Q
			Perímetro de pantorrilla	R
		Autonomía	Movilidad (independiente-dependiente)	C
			Estancia (domicilio u hospital)	G
	Modo de alimentación (dependiente-independiente)	N		

Tabla 4. Continuación

Enfermedades condicionantes del estado nutricional	Problemas neurológicos	E
	Enfermedad aguda o estrés psicológico	D
Medicación	Polifarmacia	H
Ingesta dietética	Número de tomas al día	J
	Consumo de lácteos	K1
	Consumo de huevos y legumbres	K2
	Consumo de carne, pescado o aves	K3
	Consumo de frutas y verduras	L
	Consumo de líquidos	M
Percepción de salud	Estado nutricional	O
	Estado de salud en relación a otros de la misma edad	P

3.6. Instrumento de recolección de datos

3.6.1. Cuestionario

El instrumento a utilizar en la presente investigación es un cuestionario, en el cual los investigadores recaban información a partir de una serie de preguntas realizadas al encuestado. Para ello, el Mini Nutritional Assessment (MNA) (véase anexo 1) proporcionó las preguntas más adecuadas a realizar en el contexto de esta investigación, dado que, es un cuestionario que incluye a personas adultas mayores hospitalizadas o institucionalizadas en residencias, el mismo que tuvo como objetivo recabar información que permita identificar el estado nutricional de los mismos (NNI, 2021).

3.7. Validez y Confiabilidad

3.7.1. Validez

La herramienta de cribado Mini Nutritional Assessment fue publicada y validada por primera vez en 1994 en una población geriátrica en Toulouse, Francia y en 1996 en España; además, es considerada como uno de los métodos de valoración que más ha evolucionado y que continuamente ha llegado a utilizarse en la práctica clínica. Posteriormente, en el año 2002, se tomaron muestras de diferentes poblaciones, las antes mencionadas y poblaciones de Nuevo México en Estados Unidos, en el que se desarrolló y validó el MNA short-form; y el cual proporcionó información con una alta especificidad y sensibilidad de predicción en desnutrición (Casanovas, 2012).

Su última modificación se llevó a cabo en el 2009, y hasta la actualidad, es una de las herramientas que más se requieren para su uso en pacientes adultos mayores institucionalizados y ambulatorios. Asimismo, su utilización ha permitido dirigir este cribado a pacientes con demencia, siendo de total interés para el pronóstico de desnutrición, en la presente investigación (Casanovas, 2012).

3.7.2. Confiabilidad

Conforme mencionan varios autores, la fiabilidad de la herramienta MNA es óptima debido al diagnóstico del estado nutricional en pacientes adultos mayores que presentan una autonomía reducida; es por tal motivo que es considerada como un método confiable para su implementación en pacientes que presentan un deterioro en su cognición y una dependencia en las actividades de la vida diaria que influyen en su estado nutricional (Muñoz, 2021).

3.8. Técnicas de análisis de los datos

Para desarrollar el análisis de los datos obtenidos en la investigación, se realizó la técnica de estadística descriptiva de cada variable del estudio, así como lo menciona Hernández & Mendoza (2013) en el que este análisis “implica el conteo de casos que se presentaron en las categorías de las variables con el propósito de conocer tendencias” (pág. 328), es decir, permitió conocer si la población de estudio presentaba o no las características del estado nutricional que el cribado del MNA proporcionó, mediante procedimientos numéricos y gráficas proporcionadas por las hojas de cálculo de Microsoft Excel.

De la misma manera, con el propósito de correlacionar el estado nutricional y la presencia de disfagia en los adultos mayores del “Hospital de Especialidades San Juan de Dios”, se utilizó el método Chi Cuadrado de Pearson, la misma que permite evaluar la relación entre dos variables categóricas. Así también, por medio del Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS) perteneciente a la empresa International Business Machines (IBM), el cual es un programa para apoyar el análisis descriptivo de los datos recabados durante la aplicación del MNA (Fernández et al., 2014). A continuación, se presenta el cuadro de interpretación de Chi Cuadrado de Pearson:

Tabla 4. Interpretación del Coeficiente de Correlación de Pearson.

Rango de valores de r_{xy}	Interpretación
$\leq 0,00 < 0,10$	Correlación nula
$\leq 0,10 < 0,30$	Correlación débil
$\leq 0,30 < 0,50$	Correlación moderada
$\leq 0,50 < 1,00$	Correlación fuerte

Nota: Tomado de: Hernández et al. (2018)

CAPITULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1. Resultados de la investigación

A continuación se analizarán los resultados a partir de las dimensiones establecidas en el cuadro de operacionalización de la variable; que se obtuvieron luego de la evaluación MNA, aplicada a 20 adultos mayores de 65 años o más diagnosticados con demencia y disfagia.

Presencia de disfagia en la población

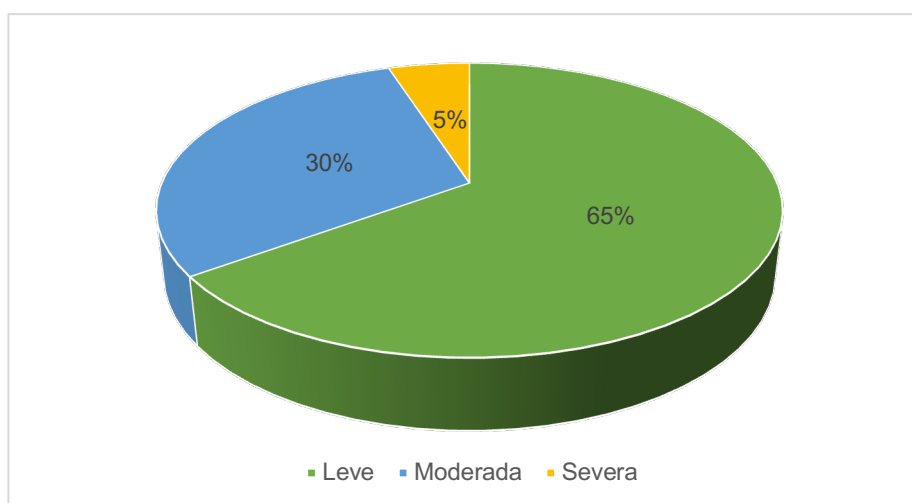


Figura 1. Presencia de disfagia.

De acuerdo a los datos obtenidos por la población de estudio mediante la revisión de historias clínicas, se pudo evidenciar que el 65% presenta disfagia leve, el 30% presenta disfagia moderada y el 5% disfagia severa.

Como se ha podido constatar por medio de revisión bibliográfica, la disfagia es un síndrome geriátrico muy común en la demencia. Para identificar la presencia de disfagia se ha usado la evaluación de la profesional del área de fonoaudiología, la misma que comentó haber diagnosticado por medio del protocolo de evaluación clínica de la deglución de Gonzáles y Toledo en el 2002 y escala de Fujishima (Kunieda et al., 2013). En torno a esto, el 65% de la población come por vía oral con supervisión al menos 3 veces al día, puede consumir agua con espesante y alimentos con modificaciones de textura. Mientras que el 30% puede alimentarse por vía oral de 1 a 3 comidas con asistencia e intercambiando el agua por jugos con variaciones en la consistencia (tipo pudding o néctar). Así también, para el 5% con disfagia severa

puede llegar a alimentarse con asistencia total y entrenamiento de la deglución, en porciones pequeñas con variaciones y suplementación vía enteral.

No obstante, hay que tener en cuenta, que al existir varios tipos de demencia, estos afectan a una determinada área del cerebro, en este mismo sentido, también difieren los síntomas que cada uno puede conllevar. Dicho en otras palabras, el grado de severidad de la disfagia no siempre se puede ver relacionado con la progresión de la demencia, debido a la homogeneidad de la misma (Caledón, Contreras, Neira, Riquelme & Salazar, 2019).

Signos y síntomas clínicos

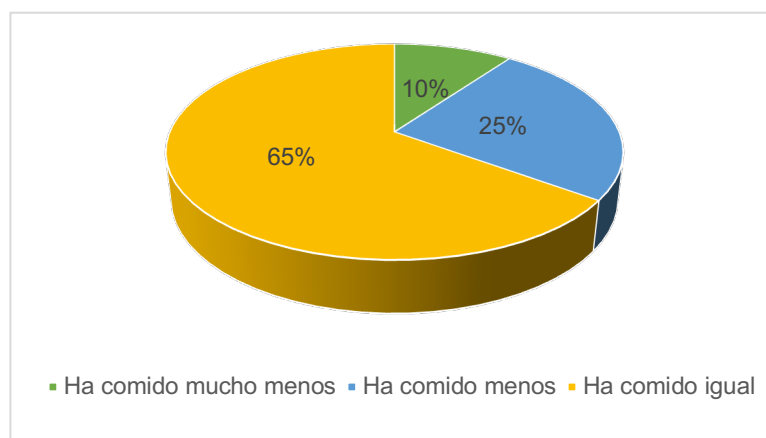


Figura 1. ¿Ha perdido el apetito? ¿Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación deglución en los últimos 3 meses?

En el estudio se contempló que más del 65% de la población comentó no haber perdido el apetito en los últimos 3 meses, el 25% ha comido menos y el 10% ha comido mucho menos.

La pérdida de apetito entorno a las características del presente estudio, se puede ver influenciada por la presencia de enfermedades relacionadas a la alimentación, como es la disfagia. En este contexto, según la investigación de Moyano (2020) describe que la disfagia puede llegar a ser dolorosa y que en los pacientes que la padecen su apetito disminuye y omiten comidas. Así también, explica que hay un gran problema a la hora de la preparación de comidas y la adaptación de texturas, dado que en presencia de esta enfermedad los afectados requieren de la modificación de alimentos sin perder la presentación y sabor de los platillos, donde en el caso que no

sucediera como resultado un declive en el apetito, compromete el estado nutricional y contribuye a la malnutrición.

De esta forma, a pesar de que la autora anteriormente descrita explique las causas de la falta de apetito, la realidad es distinta en el Hospital de Especialidades “San Juan de Dios”. Se pudo corroborar por medio de observación y entrevistas al grupo de estudio, que las presentaciones y sabores de los platos resultaban apetitosas. Asimismo, gracias a un diagnóstico precoz del grado de disfagia que cada individuo presenta, se puede adecuar la textura, y por medio de la colaboración en conjunto del personal de cocina y el área de nutrición, se proporciona una mejor presentación y sabor, de modo que contribuye a que en un poco más de la mitad de los adultos mayores se pueda controlar la ingesta.

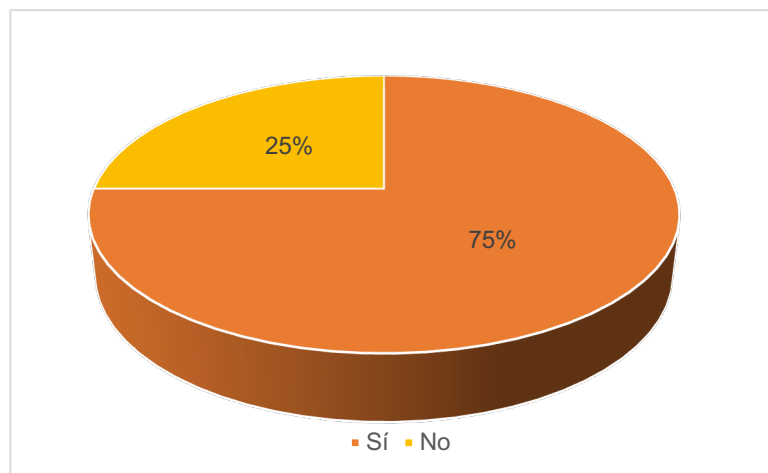


Figura 2. *Úlceras o lesiones cutáneas.*

En cuanto al ítem I, el 75% de los adultos mayores presentaron en mayor medida úlceras, mientras que el porcentaje restante del 25% carecía de cualquier lesión cutánea.

Para Díaz et al. (2019) las úlceras por presión (UPP) son aquellas lesiones que se desarrollan a partir de la coacción del tejido blando en el hueso sobre una superficie exterior, la misma que genera una reducción en el flujo de sangre y si es constante en el tiempo produce muerte celular y ulceración. De esta misma forma, en centros de tercer nivel como lo es la institución de estudio, se encuentra una prevalencia significativa de este padecimiento. Dentro de los factores relevantes para el desarrollo

de las UPP están la piel seca, la desnutrición, la falta de movimiento del individuo y un estado deteriorado de la cognición.

A partir de lo expuesto, la alteración del estado nutricional (malnutrición) contribuye al desarrollo de UPP y la limitada capacidad de cicatrización, que se puede observar presente en las tres cuartas partes de los individuos estudiados. Además, otro factor que pudo favorecer a este problema es la presencia de demencia, que al ser un estado que usualmente genera poco o nulo interés por diferentes actividades llega a provocar la falta de motivación para moverse. Dicho esto, en los individuos evaluados se encontró estas dos características de riesgo, tanto malnutrición y demencia.

Antropometría

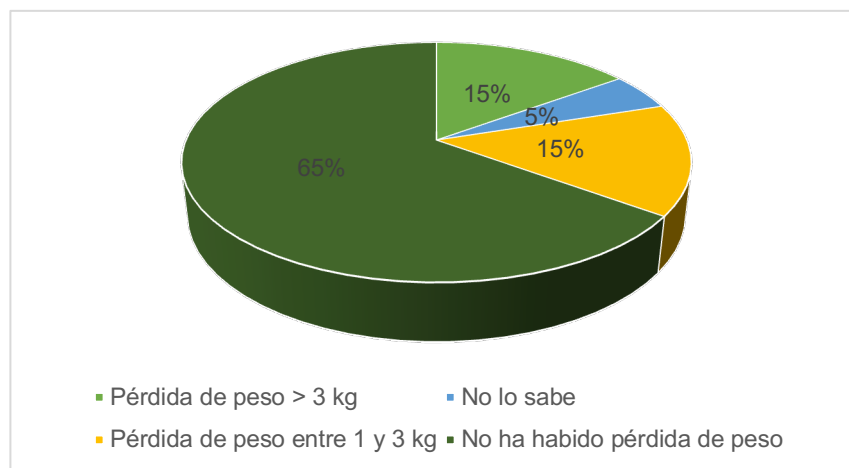


Figura 3: Pérdida reciente de peso (< a 3 meses)

Acorde a los datos obtenidos por historia clínica medidos por el departamento de nutrición, el 65% de los pacientes no presentó una pérdida de peso considerable, mientras que el 30% presentó pérdida de peso, la mitad dentro de 1 y 3 kg y la parte restante fue mayor a 3 kg. Además el 5% de la población comentó no saber, debido a que su ingreso fue reciente y en el cual no se pudo obtener datos fiables.

Como se ha mencionado en la presente investigación, las enfermedades neurodegenerativas y la disfagia se encuentran estrechamente relacionadas con la alimentación y complicaciones que pueden llevar a la pérdida de peso y malnutrición, como es el caso del 30% de la población de estudio. Sin embargo, un aspecto a considerar es que en edades avanzadas existe una disminución de la masa libre de grasa, mientras que el tejido adiposo aumenta y se redistribuye principalmente en la zona central o abdominal. Es por ello que se puede explicar que más de la mitad de

los individuos estudiados demostraron no haber perdido peso en un tiempo menor a 3 meses anteriores a la intervención. Así también, se pudo observar que en su mayoría presentaban mayor masa grasa subcutánea visible en la zona abdominal (Valdés, Hernández, Herrera & Rodríguez, 2017).

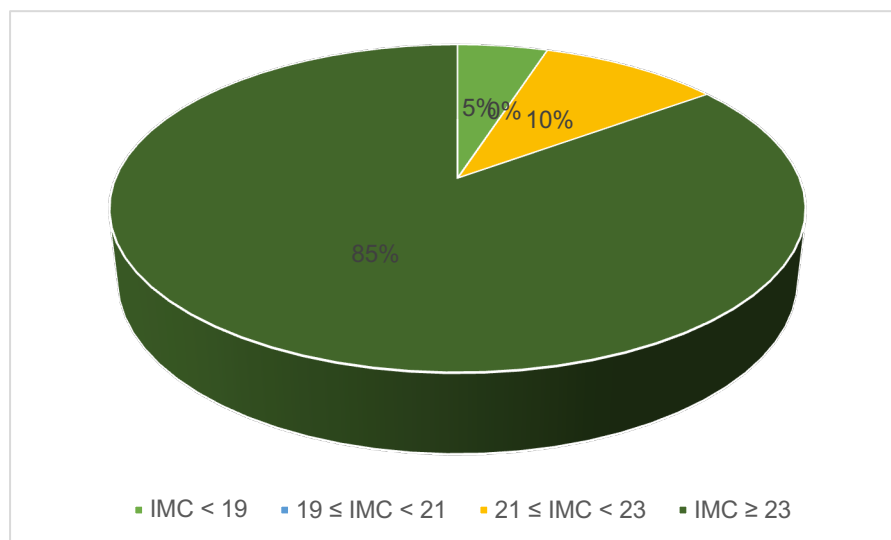


Figura 4. IMC.

Para obtener los datos del IMC, es necesario la división del peso actual en kilogramos para la talla en metros al cuadrado. Por lo tanto, en la investigación se pudo estimar el peso mediante el uso de la fórmula propuesta por Rabito et al. (2006) mencionada anteriormente, mientras que la talla se calculó por medio de la medición de la brazada multiplicada por dos que se explica en el manual de aplicación del MNA. Es así que, según la herramienta MNA el 85% de la población presentó un IMC ≥ 23 , el 10% con un IMC ≤ 21 y < 23 , y un 5% < 19 .

Por otro lado, el IMC es una medida más fiable y exacta en adultos por la precisión en la toma de talla y peso, sin embargo, para adultos mayores su exactitud se ve afectada puesto que en esta población existe limitantes conectadas a las variaciones en la pérdida de masa muscular y deformidades anatómicas como el desarrollo de joroba que provocan la reducción de la talla. Por ello la Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral & SEGG (2017), han generado un cuadro de interpretación del IMC en base al estado nutricional que se acerca más a la realidad de estos individuos. Es así que, un IMC < 16 kg/m² se interpretará como desnutrición severa, de 16 – 19,9 kg/m² desnutrición moderada, 17 – 18,4 kg/m² desnutrición leve,

18,5 a 21,9 kg/m² peso insuficiente, 22,0 a 26,9 kg/m² normal, 27,90 a 29,9 kg/m² sobrepeso y > 30 kg/m² obesidad.

De esta forma, según las sociedades antes nombradas se puede determinar que el 61% de los individuos en estudio presentan un peso normal, 28% sobrepeso, 6% desnutrición moderada y 5% peso insuficiente. No obstante, varios estudios recomiendan una supervisión en aquellos que presentan peso insuficiente y peso normal en torno a 20 y 23 kg/m² por lo que pueden presentar un riesgo de desnutrición desde estos estadios (Ashbaugh et al., 2014).

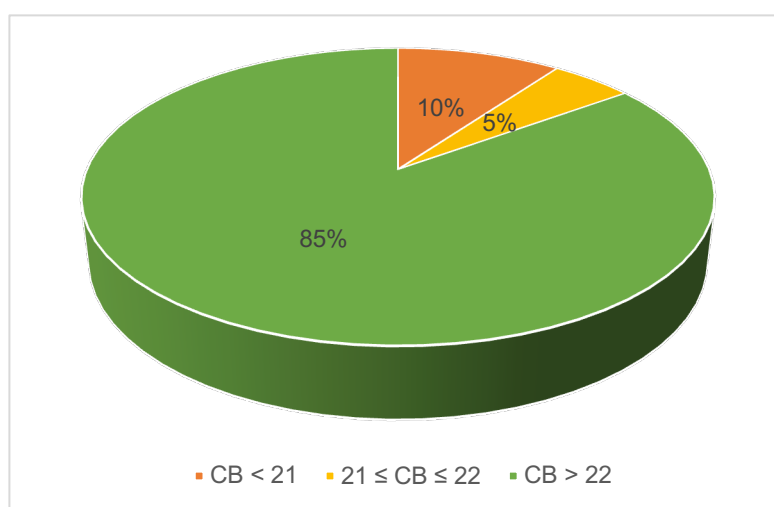


Figura 5. Circunferencia braquial.

Respecto a la medida de la circunferencia braquial, el 85% de la población presentó un valor mayor a 22 centímetros, el 10% menor a 21 centímetros, y el 5% entre 21 y 22.

La circunferencia braquial es una medida directa utilizada para evaluar el estado nutricional por medio de la estimación de las reservas proteicas de la masa muscular y reserva grasa. Para la interpretación de esta medición se utiliza una tabla de percentiles que se clasifica en edad y sexo, para con ello finalmente identificar el riesgo de desnutrición: normal, leve, moderada o grave.

Según los rangos propuestos por Cruces (2016), en su estudio sobre “Valores de la composición corporal del adulto mayor”, indica que los valores son normales si es mayor a 23 cm y mayor a 22 centímetros para hombres y mujeres, respectivamente.

Mientras que los puntos de corte de acuerdo al percentil se estipulan en normal $> p50$, leve $p25 - p50$, moderada $p10 - p25$ y grave $p < 10$. De esta forma, se puede analizar que el 85% del grupo en estudio presentan valores normales en la circunferencia braquial, mientras que aquellos que presentan un CB entre 21 y 22 cm y menos de 21 cm no alcanzan a un percentil 5; lo que quiere decir que se encuentran en un riesgo de desnutrición grave.

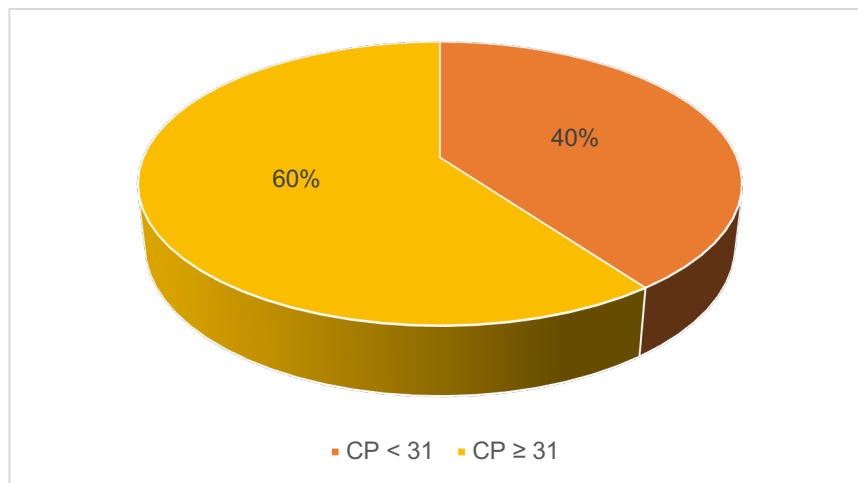


Figura 6. Circunferencia de la Pantorrilla.

De acuerdo con los datos obtenidos de la circunferencia de la pantorrilla, se pudo observar que el 60% de la población presentó un valor mayor o igual a 31 centímetros, mientras que el 40% menor a 31. Para el MNA, la medición del perímetro de pantorrilla consta en un estado nutricional deficiente si este es menor a 31 cm y un mejor estado nutricional si es mayor a 31 cm.

La circunferencia de la pantorrilla (CP) al igual que la circunferencia braquial es un valor utilizado para estimar las reservas proteicas de la masa libre de grasa y como predictor de déficit nutricional, no obstante, también determina la sarcopenia.

En una investigación realizada por López, Iríbar & Peinado (2016) indicaron que la CP es un buen indicador de desnutrición en el anciano. De hecho, se estableció una comparativa de los resultados obtenidos por métodos de cribado como MNA, NRS Y VGS y la medida de CP, donde se obtuvo porcentajes muy similares entorno a los resultados de malnutrición. Así mismo, se podría explicar en el presente estudio su relación con el resultado final de la aplicación del MNA y los valores de la circunferencia de la pantorrilla.

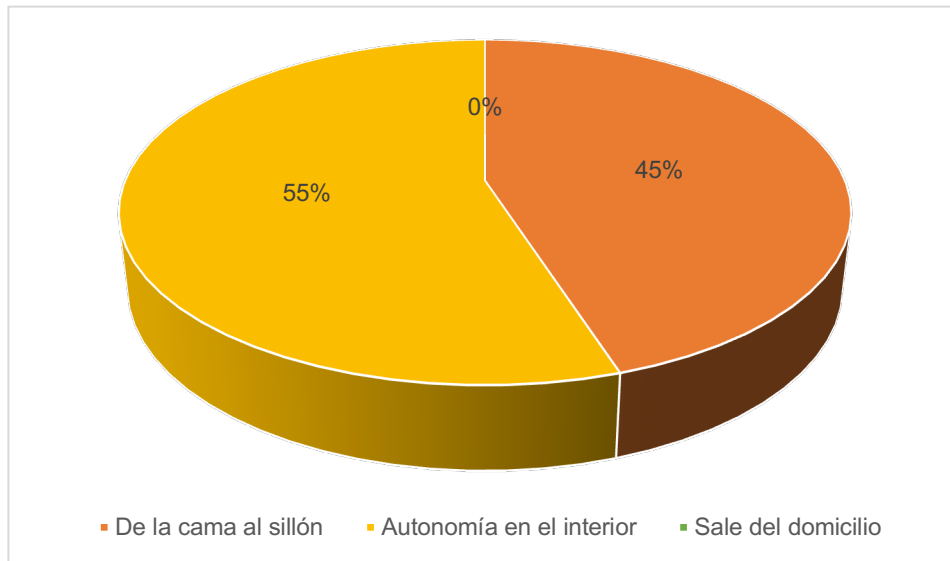


Figura 7. Movilidad.

Dentro del ítem C, se pudo observar que el 55% de los adultos mayores evaluados, tenían la capacidad de moverse con autonomía dentro del pabellón de geriatría, y el 45% tenían una limitante de trasladarse de la cama al sillón. Así también, debido a las condiciones del lugar de estudio, los individuos no tenían la posibilidad de salir de domicilio por su situación de salud.

Se considera como movilidad cuando el individuo es capaz de trasladarse por sí solo en el entorno. De este modo, dada la situación patológica de los individuos que se consideraron para el estudio y, por ende, la relación de dependencia que mantiene con el personal a cargo de su cuidado; es que se puede establecer que no poseen esta capacidad. De hecho, Torres & Nieto (2007) establecen un procedimiento para realizar la exploración de la movilidad, donde hace referencia que puede existir una inmovilidad total o parcial. Quiere decir, que se evalúa la movilidad en la cama, al baño, la calidad del equilibrio al mantenerse de pie y la marcha; y si estas requieren de una atención con vigilancia, con una ayuda importante o ayudas técnicas (silla de ruedas, bastones o muletas).

Por lo tanto, se puede concluir que el 55% de la población de estudio tenía inmovilidad parcial, referida como autonomía en el interior en presencia o ausencia de ayudas técnicas o atención con vigilancia. Mientras que el 45% indicaban inmovilidad total, debido a que a pesar de que salían de la cama al sillón o a una silla de ruedas era con total atención y ayuda importante.

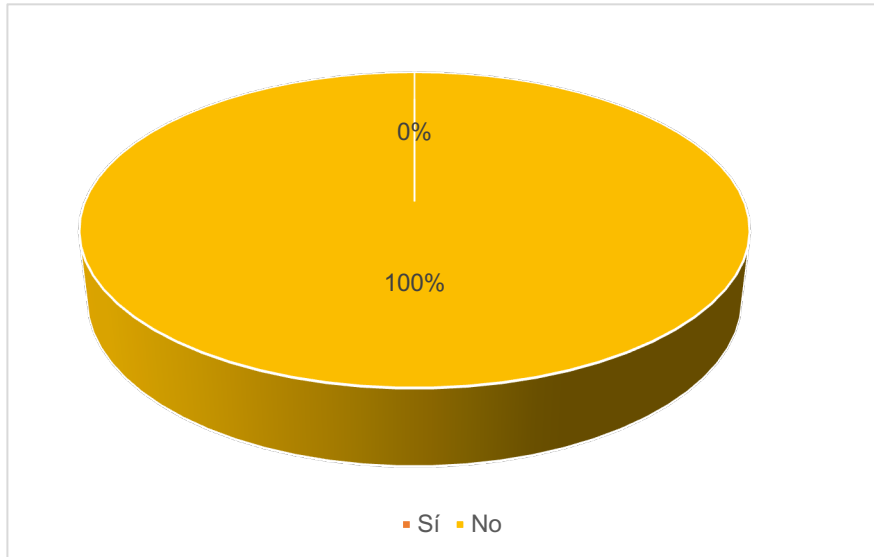


Figura 8. ¿El paciente vive independiente en su domicilio?

En virtud de las características del lugar de estudio (Hospital de especialidades San Juan de Dios), las personas implicadas en la investigación no fueron de tipo ambulatorio, por lo que se realizó en el 100% de los individuos en estancia hospitalaria prolongada e indefinida del pabellón de geriatría.

Dentro de los factores de riesgo relacionados a un nivel de dependencia mayor, se encuentran las enfermedades crónicas. La demencia, es considerada una patología progresiva y conectada al deterioro en la calidad de vida por su dificultad para llevar a cabo actividades básicas como alimentarse, bañarse, trasladarse, entre otras. Además, si a esta le sumamos la presencia de disfagia, que es comúnmente asociada, sus complicaciones se vuelven aún más importantes a considerar, puesto que puede conllevar a infecciones respiratorias, broncoaspiraciones, desnutrición y deshidratación. Por ello, pacientes que mantienen una situación de deterioro cognitivo junto a la falta de capacidad deglutoria, se caracterizan por ser individuos frágiles y que demandan una adecuada asistencia geriátrica (Ariza & Rojas, 2020).

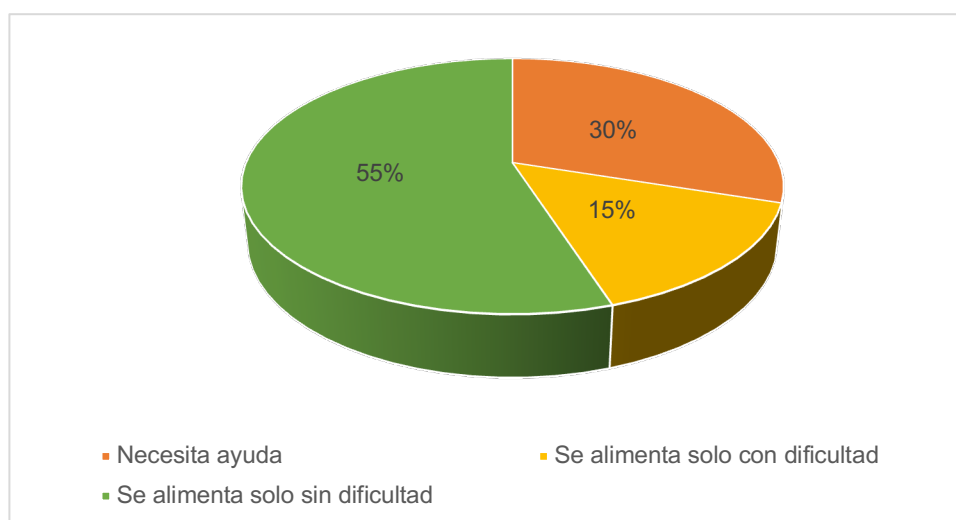


Figura 9. Forma de alimentarse.

Mediante la observación por parte de las investigadoras, en el horario de comida de los implicados se contempló que el 55% de los pacientes se alimentan solos sin dificultad, el 30% necesita de ayuda del cuidador o enfermera y el 15% se alimenta solo con dificultad.

Según Penacho, Calleja, Castro, Tierra & Vidal (2019) en una investigación que tuvo como objetivo analizar la relación entre la dependencia y el estado nutricional en personas mayores institucionalizadas, concluyeron que existe una relación significativa entre el nivel de dependencia y el estado nutricional, donde aclaraba que los individuos de bajo peso con respecto al IMC tenían mayor riesgo de mantener dependencia total y; aquellos que tenían un peso normal el riesgo era 3 veces menor. Dado que los pacientes de este estudio, en su mayoría, posee un IMC normal es posible relacionar que su grado de dependencia a la hora de comer no es elevado.

Enfermedades condicionantes del estado nutricional

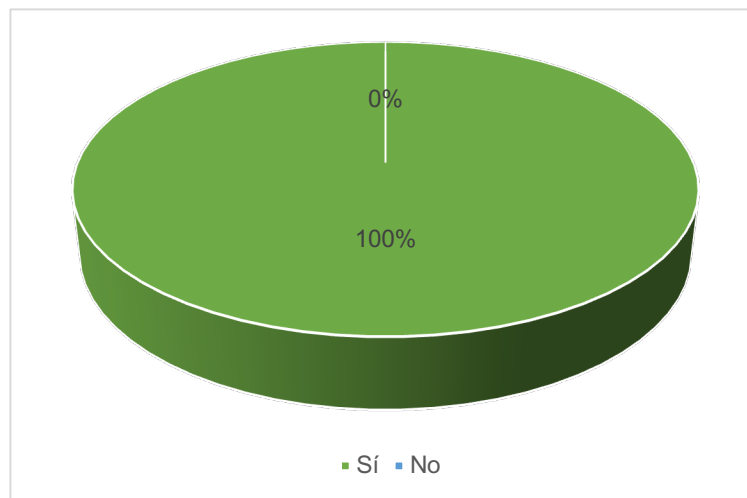


Figura 10. *¿Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés en psicológico en los últimos 3 meses?*

En cuanto a la revisión de historias clínicas, el 100% de pacientes presentaron una situación de estrés en los últimos tres meses.

Conforme lo menciona Estrella (2018) el estrés es considerado como una situación de amenaza en el que una persona no logra adaptarse adecuadamente. Además, es común que el estrés aparezca en adultos mayores que requieren de hospitalización debido a que prevalecen factores internos o externos que interfieren en sus actividades habituales. Estas situaciones pueden presentarse como temor, miedo, baja autoestima, sentimiento de inutilidad y dependencia, en vista de que serán hospitalizados. Así también, la misma presencia de enfermedades ya se considera como un factor estresor que involucra situaciones de dolor físico, cansancio, toma constante de medicamentos, falta de movilidad y reposo continuo que conlleva a la incapacidad para realizar sus necesidades con comodidad. Es importante mencionar que cada actividad que se considere como nueva y desconocida para los adultos mayores puede incidir en un estrés, por ejemplo el desconocimiento e irritabilidad que generalmente ocurre en pacientes con demencia, disconformidad sobre el tipo o forma de alimentación, falta de privacidad, y sentimiento de soledad. Como se logró observar en los adultos mayores involucrados en el estudio, algunos de los síntomas de estrés más evidentes fueron la depresión, desconfianza, inquietud, negación o una reacción a la defensiva.

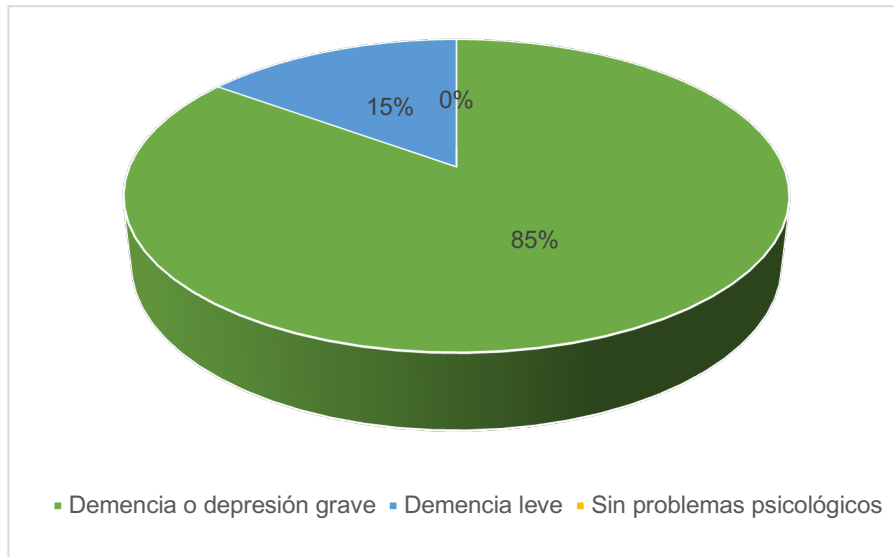


Figura 11. Problemas neuropsicológicos.

Al llevar a cabo el análisis de historias clínicas, se pudo comprobar que el 85% de los pacientes presentaron demencia o depresión grave, y el 15% demencia leve, evaluados por parte del profesional psiquiátrico.

Como bien se ha mencionado en la presente investigación, la demencia es considerada como un síndrome que afecta a la cognición de la persona y a su independencia. Cabe destacar que esta es una condición que impacta frecuentemente en los adultos mayores, por lo que se considera un criterio de inclusión para la participación en el estudio en curso. A partir de ello se procedió a clasificar el tipo de demencia que posee la muestra mediante la revisión de historias clínicas, comprobándose que el 85% de los pacientes presenta demencia y el 15% presenta demencia leve. También es importante acotar que algunos de los pacientes que presentaron demencia, también fueron diagnosticados con depresión, siendo este factor un determinante para la salud, debido a que como lo menciona Lliguisupa, Álvarez, Bermejo, Ulloa & Estrada (2020) la depresión llega a afectar la calidad de vida de la persona, presentar mayor riesgo de limitación tanto física como mental y dificultar el tratamiento de las enfermedades que padece el paciente.

Por otro lado, es necesario mencionar que a causa del envejecimiento, se pueden presentar alteraciones en el sentido del olfato y/o del gusto, que afectan el estado nutricional de los adultos mayores, no obstante, el estado nutricional llega a implicarse aún más cuando la demencia prevalece en este grupo etario. En vista de que

acontecen problemas en las funciones ejecutorias y comportamentales a la hora de comer, existe una reducción en el consumo de alimentos, dispraxia conocida como la incapacidad de alimentarse por la falta en la coordinación, o agnosia la cual es definida como la inhabilidad para distinguir, recordar o usar objetos tales como los utensilios. Así también, la disfagia, que como se ha podido demostrar en el presente estudio, ha llegado a considerarse como un factor etiológico de déficits nutricionales (Cantón et al., 2019).

Medicación

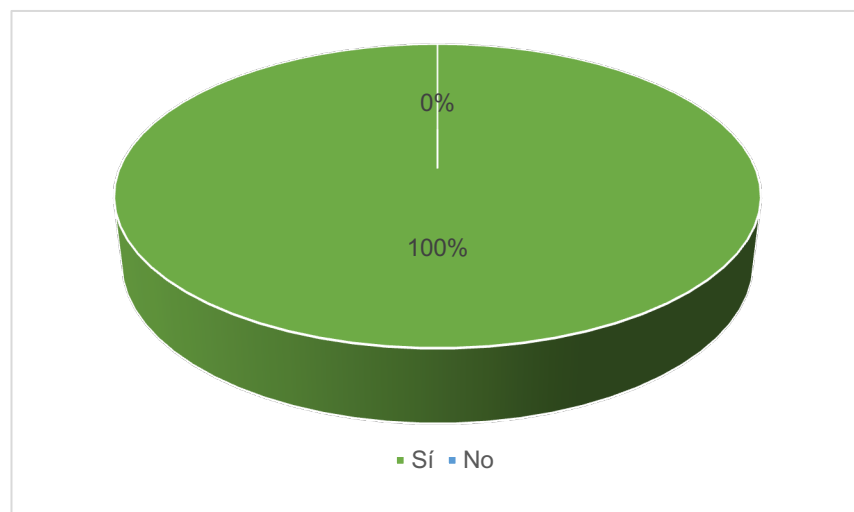


Figura 12. ¿Toma más de 3 medicamentos al día?

Al realizar la investigación sobre la presencia de pacientes polimedicados, se encontró mediante documentación proporcionada por el departamento de enfermería, que el 100% toma más de 3 al día debido a la presencia de problemas psiquiátricos y metabólicos.

La polifarmacia o polimedicación es considerada como el consumo de varios fármacos al día por parte del paciente, y de acuerdo a los resultados del presente estudio, la ingesta de más de tres medicamentos al día es comúnmente reconocida en adultos mayores que se encuentran institucionalizados debido a las múltiples enfermedades que presentan y que requieren de un tratamiento y control continuo. A su vez, para Primitivo (2010) la polifarmacia se presenta en un 82% con mayor frecuencia desde la edad de los 65 años en pacientes que residen en una institución geriátrica y se la relaciona con una posible afectación en el estado nutricional con aumento en el riesgo de desnutrición. Esto sucede debido a los signos de trastornos

gastrointestinales como náuseas y vómitos, diarreas, estreñimiento e inclusive falta de apetito y trastornos en la sensación del gusto, que implican pérdida de peso y anorexia. Así también, es común la presencia de interacciones medicamentosas con algunos alimentos que pueden afectar los procesos de farmacocinética y farmacodinamia que inciden en la correcta absorción y asimilación de los nutrientes generando así déficits de vitaminas o aumento en la eliminación o retención de minerales.

Ingesta dietética

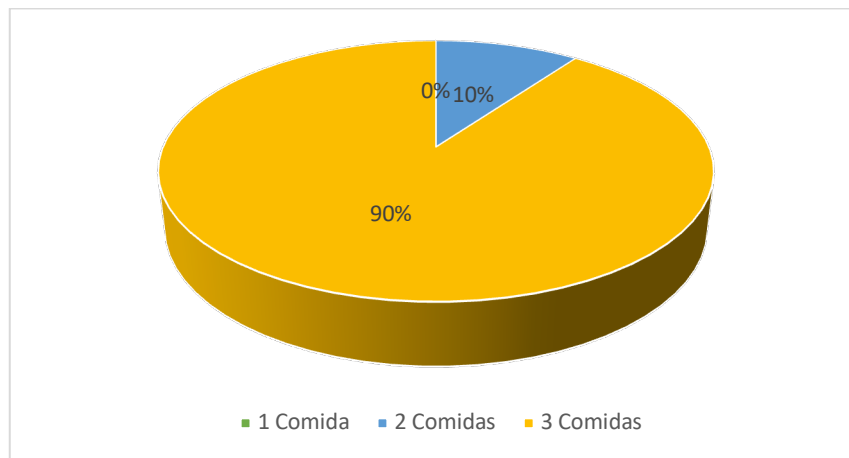


Figura 13. ¿Cuántas comidas completas toma al día?

Mediante la evaluación de residuos por parte del servicio de alimentación del hospital, se pudo constatar que el 90% de los adultos mayores consumen 3 comidas al día, mientras que el 10% solo dos. Aun así, es importante mencionar que el servicio de alimentación proporciona hasta cinco comidas al día, dependiendo de las patologías del paciente.

De acuerdo a las aclaraciones generadas en el manual del MNA, una comida completa se considera al consumo de más de 2 alimentos en cada comida. Y de acuerdo a los resultados el 90% mantiene este consumo diario, otorgándose así los macronutrientes necesarios que ayudan en el mantenimiento de las funciones vitales de los adultos mayores, de lo contrario esta población especialmente, es más susceptible al riesgo de desnutrición, tal y como lo mencionan Tafur, Guerra, Carbonell & Ghisays (2018) al alegar que uno de los factores que afectan el estado nutricional de los ancianos son las normas dietéticas, en el que un número insuficiente de tomas de comida al día es equivalente a una reducción de algunos grupos de

alimento, lo cual se asocia a una mayor fragilidad y estado de desnutrición. Por otro lado, una de las razones por las cuales los ancianos consumen las 3 comidas diarias e incluso hasta 5 comidas, es por el hecho de que el servicio de alimentación proporciona una adecuada preparación con énfasis en la mejora de las características organolépticas de los platillos, principalmente porque como lo nombra la SEGG (2016) en este grupo etario hay una notable falta de interés por la comida, cambios sensoriales, menor apetito y pronta saciedad, presentándose la necesidad de hacer a los alimentos más palatables, enriquecidos y con mejor apariencia en el emplatado.

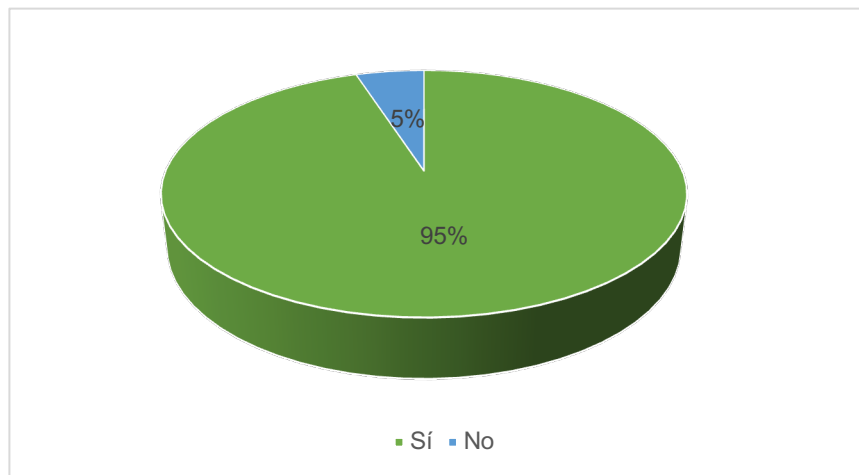


Figura 14. ¿Consume el paciente productos lácteos al menos una vez al día?

El consumo de lácteos al menos una vez al día, por parte de la población de estudio, se vio reflejado en un 95%, a diferencia del 5% que no presenta su ingesta diaria. Esto debido a que el servicio de alimentación proporciona menús que incluyen leche, queso o yogures en varias preparaciones como batidos o postres.

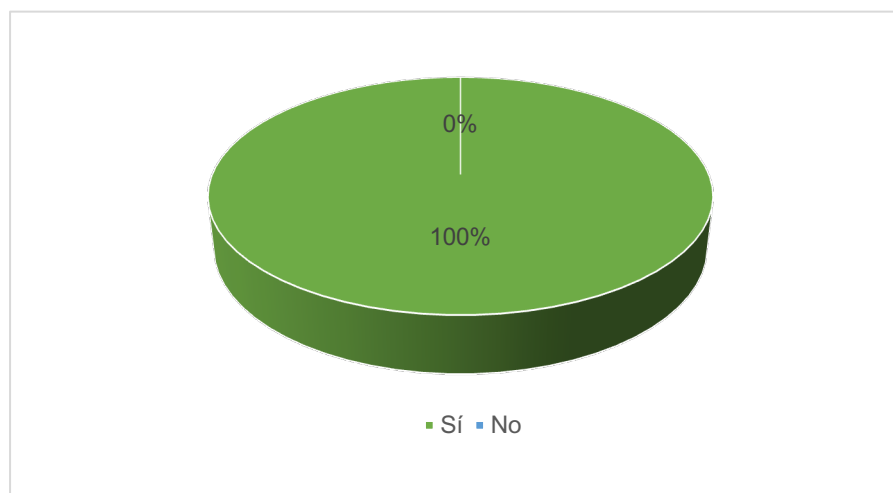


Figura 15. ¿Consume el paciente huevos o legumbres 1 o 2 veces a la semana?

En torno a los días de investigación, se pudo corroborar mediante el menú semanal y la observación en el horario de comida, que el 100% de los adultos mayores consumen al menos 2 veces a la semana huevo. Sin embargo, el consumo de legumbres es limitado.

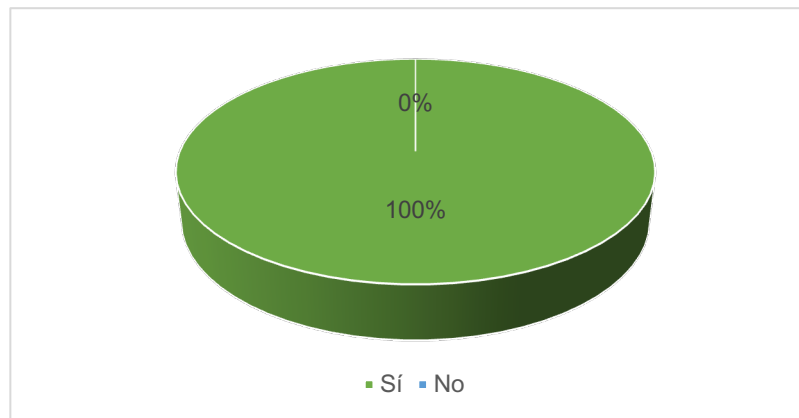


Figura 16. ¿Consumen el paciente carne, pescado o aves, diariamente?

Puesto que a la mayoría de los pacientes se estableció una dieta general con ciertas modificaciones, el 100% logra consumir carne, pescado o aves, diariamente.

Con relación al consumo de alimentos proteicos, la población de estudio presenta una ingesta por encima del 95% de productos lácteos, huevos, carne, pescado o aves diariamente y semanalmente. El enfoque en este macronutriente es crucial debido a las funciones que ejerce en el organismo, tales como la formación, regeneración y reparación de tejido, músculo y células nuevas; y como lo mencionan Lonnie et al. (2018) la ingesta de proteínas es esencial en la edad adulta puesto que permite preservar la masa, función y fuerza muscular, característica común sobre los 65 años que conlleva la sarcopenia. Adicional a esto, se menciona que el consumo de proteínas por comida favorece a la prevención de desnutrición proteico-energética, por lo que una dieta con aumento de proteínas de buena calidad, es decir 1,2 a 1,5 e inclusive hasta 2g/kg/día, son recomendadas en pacientes con enfermedades agudas, crónicas, lesiones o malnutrición.

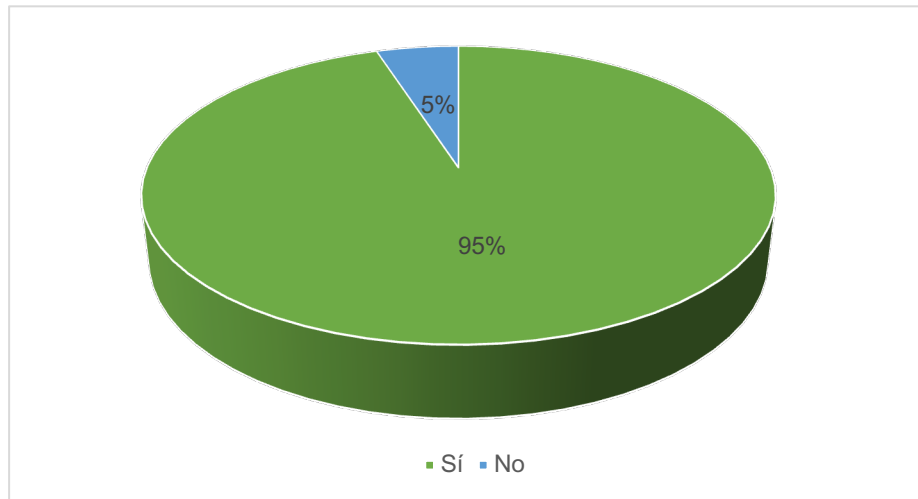


Figura 17. ¿Consume frutas o verduras al menos 2 veces al día?

El consumo de frutas y verduras es alto en la población de estudio, en donde se comprobó que en el 95% de los individuos incluyen frutas o verduras al menos dos veces al día en su dieta, mientras que el 5% no ingiere frutas específicamente. Esto se pudo observar en la preparación de jugos o postres.

Por parte de la Organización Mundial de la Salud (2018) el consumo de frutas y verduras en la dieta diaria de una persona debe ser de 400 g o cinco porciones al día, la cual es netamente esencial, y en la edad adulta estos requerimientos deben ser aportados debido a sus múltiples beneficios en el organismo por su presencia de compuestos funcionales con gran contribución de micronutrientes, agua y fibra dietética. Así pues, la SEGG (2016) menciona que los ancianos precisan de un aporte de 20 a 35 gramos de fibra para la prevención de múltiples patologías que influyen en la salud. Asimismo, esta ingesta de frutas y verduras debe tener algunas consideraciones cuando se ofrecen a ancianos con disfagia, en donde se requiere la modificación de la textura del alimento (cremas, purés, papillas) para el control en la eficacia y seguridad de la deglución. Es por este motivo que la población de estudio consume estos alimentos en preparaciones como jugos, postres o batidos en los que comúnmente la fibra llega a descartarse; por consiguiente, la falta de fibra se relaciona directamente con la formación de una microbiota poco saludable, alterando la función de barrera intestinal, absorción de nutrientes, síntesis de ácidos grasos de cadena corta (debido al proceso de fermentación de la fibra por parte de los microorganismos); esta última con múltiples funciones, una de ellas es la regulación del sistema inmunológico (expresión de linfocitos T antiinflamatorios) y la relación con

el sistema nervioso central (eje intestino-cerebro) al permitir el paso de metabolitos a través de la barrera hematoencefálica e influir positivamente sobre enfermedades neurológicas como la demencia (Abreu et al., 2021). Tal y como se pudo describir, la fibra es indispensable para mantener un estado nutricional óptimo, dado que una de sus principales funciones es permitir la presencia de una mayor diversidad bacteriana intestinal; en este sentido, el aporte de fibra puede verse reducido en pacientes con disfagia y demencia, en el que se llega a prescindir de los beneficios de este nutriente.

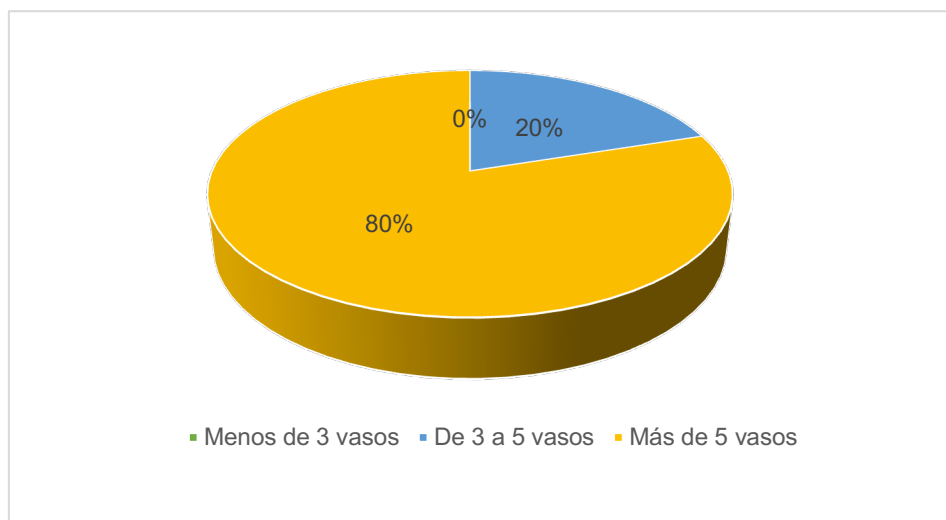


Figura 18. ¿Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día?

Con la ayuda del departamento de enfermería, que dispone de una ficha de seguimiento del consumo de líquidos, se logró determinar la cantidad de líquidos que cada paciente ingiere en agua, sopas y jugos; siendo así que el 80% de la población consume más de 5 vasos al día y el 20% de 3 a 5.

Una de las complicaciones en los adultos mayores con disfagia, es la deshidratación, esto se debe principalmente a la dificultad de deglutir líquidos y al riesgo que implica hacerlo por las posibles aspiraciones, es por este motivo que la implementación de dietas adaptadas con la ayuda de espesantes puede contribuir a una adecuada hidratación en los pacientes. Para muchos de los ancianos, la ingesta de líquidos espesados puede generar inapetencia, por lo que la correcta hidratación se ve alterada, conllevando así a riesgos de caídas, infecciones urinarias y respiratorias, estreñimiento, problemas renales, debilidad muscular, cambios en el estado mental e inclusive úlceras por presión. Por tales razones, se considera el aporte de espesantes

que mantengan el sabor de los alimentos y que produzcan mayor gusto y deseo por consumirlos (Canham, 2017). Esta es una de las estrategias que el servicio de cocina del hospital San Juan de Dios toma en cuenta para proveer un adecuado consumo de líquidos, ya que se proporciona agua y alimentos ricos en agua como frutas, verduras o leche en forma de batidos, postres, sopas o jugos, con su respectiva cantidad de espesante con el fin de cubrir en mayor medida sus requerimientos para una debida hidratación.

Percepción de salud

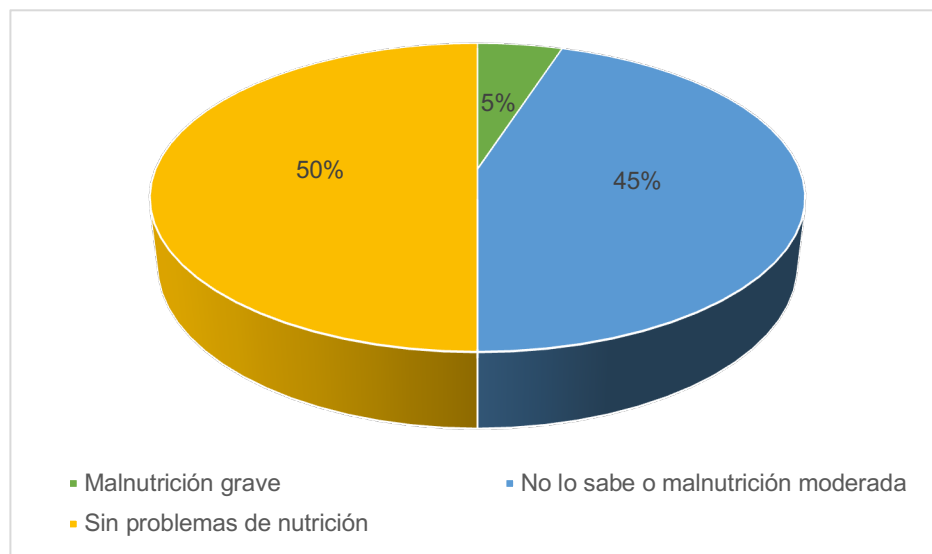


Figura 19. ¿Se considera que el paciente está bien nutrido?

Al realizar la interrogante a los adultos mayores sobre su estado nutricional de acuerdo a su percepción, se obtuvo que el 45% no lo sabe o presenta malnutrición moderada, el 5% malnutrición grave, y el 50% refirió no tener problemas de nutrición.

El cuestionario MNA consta de diferentes preguntas que muestran resultados objetivos y con mayor fiabilidad, sin embargo, también se presentan preguntas que valoran subjetivamente el estado de salud del paciente, ya que como lo mencionan Monserrat (2016) y Cuervo (2016) este ítem realiza una valoración de acuerdo a la percepción del paciente sobre su estado nutricional, y su contestación tendrá variaciones si se trata de ancianos con un grado de deterioro cognitivo que muestre menor especificidad en la respuesta.

En este sentido, la población valorada presenta demencia, la misma que puede considerarse como un factor importante que altera la veracidad de este resultado, sin embargo se mantienen como valedera las respuestas obtenidas.

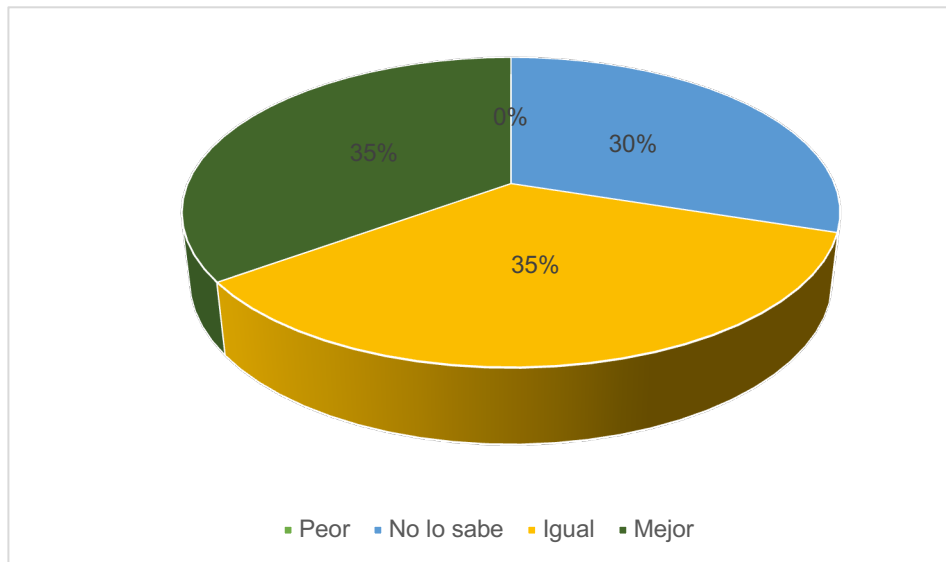


Figura 20. En comparación con las personas de su edad, ¿Cómo encuentra el paciente su estado de salud?

En relación al ítem P, se logró preguntar al paciente acerca de su estado de salud en comparación con las personas de su edad, en el que el 35% respondió estar igual a los demás, el 35% mejor y el 30% no lo sabe.

Para comprender este ítem, se recurrió al cuestionamiento por parte de los pacientes, quienes el 35% lograron responder que encuentran su estado de salud 'igual' a las personas de su edad y el 35% 'mejor' a los demás. Es así, que esta pregunta no garantiza total exactitud y confiabilidad para determinar realmente el estado de salud de los adultos mayores, puesto que como lo mencionan Morales, Mejía & Calero (2019), la información proporcionada por parte de la población de estudio puede mostrar sesgo, teniendo en cuenta que el propio envejecimiento, la falta de capacidad mental, emocional o la enfermedad prevalente en este grupo de individuos como la demencia; pueden influir con su apreciación en su estado de salud.

Estado nutricional

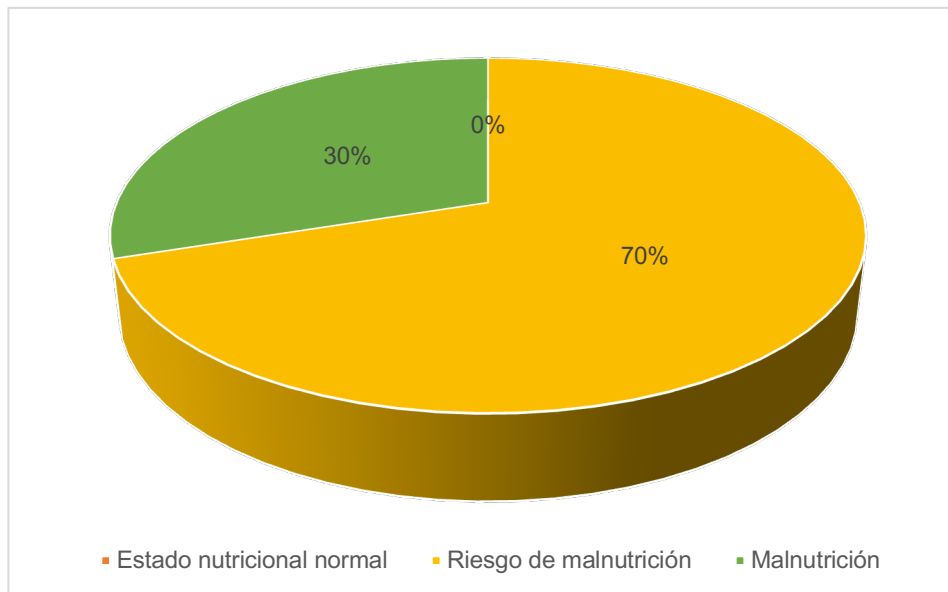


Figura 21. Valores de los datos obtenidos a partir de los resultados del MNA.

Por medio de la aplicación del MNA, se obtuvo como resultado que el 70% (14) de los pacientes presentan riesgo de malnutrición y el 30% (6) malnutrición. Siendo evidente que ningún adulto mayor presenta un estado nutricional normal.

Como resultado final, el MNA mostró que la población de estudio presenta riesgo de malnutrición y malnutrición, conforme a lo propuesto por Thao et al. (2021) existe una amplia relación entre el estado nutricional y la disfagia en los adultos mayores que se encuentran hospitalizados, en los que algunos de los ítems indicativos de malnutrición del MNA como la reducción en la ingesta de alimentos, disminución del peso corporal involuntario, inmovilidad, estrés psicológico, valores antropométricos y enfermedades neurodegenerativas como la demencia, son prevalentes en la población con disfagia. Sin embargo, conforme al análisis realizado en cada dimensión, se logró obtener datos más precisos acerca de la influencia de la disfagia sobre el estado nutricional de los adultos mayores, es decir, la malnutrición presente en los ancianos tiene mayor causalidad por el envejecimiento y las enfermedades crónicas preexistentes que padecen mas no por un efecto directo de la disfagia.

Conforme lo menciona el mismo autor, la disfagia puede conllevar a una malnutrición porque existe una alteración en el consumo de alimentos que desencadenan factores influyentes en el estado nutricional, así también, la misma malnutrición puede originar disfagia o agravarla, esto se puede explicar ya que los músculos principales que

intervienen en el proceso deglutorio como las fibras de tipo II encargadas de la velocidad en la contracción y las cuales se encuentran en mayor medida, pueden disminuir a consecuencia de la desnutrición y reducir la fuerza de estos músculos, información presentada por Real & Peralta (2021) y Gonzáles (2020). Es por tal motivo que se requiere de un control y monitorización del estado nutricional de los pacientes con riesgo de malnutrición y malnutrición para evitar agudizar la disfagia.

Además, debido a la amplia relación entre ambos padecimientos, una detección temprana de la disfagia y la malnutrición en pacientes hospitalizados son considerados de relevancia, así también, la implementación de estrategias pueden ayudar a proporcionar modificaciones en la dieta de los pacientes (Thao et al., 2021). Lo cual se pudo constatar en el Hospital San Juan de Dios, pues por medio de métodos diagnósticos y tratamiento de rehabilitación como la terapia deglutoria para la disfagia, el personal del servicio de alimentación logró modificar la textura de los alimentos y proporcionar una dieta variada, adecuada y acorde a los requerimientos del paciente, tomando en cuenta la suplementación, enriquecimiento, presentación de los alimentos y optimización de sus características organolépticas para otorgar mayor palatabilidad en el paciente, sin descuidar el aporte de líquidos y proteínas de alto valor biológico que ayuden a la síntesis y preservación de masa muscular.

Otro aspecto a considerar, es que de acuerdo a la presencia de disfagia leve y moderada que en mayor medida se manifiesta en la población de estudio, los pacientes ingieren tres o más comidas al día por vía oral y se mantiene la funcionalidad del tracto gastrointestinal, lo cual muestra que el proceso de deglución de los alimentos no es un factor predominante que incida en el estado nutricional de los adulto mayores de este Hospital.

Análisis estadístico

Tabla 5. *Análisis estadístico Chi Cuadrado de Pearson*

		Disfagia	Estado Nutricional
Disfagia	Correlación de Pearson	1	,112
	Sig. (bilateral)		,637
	N	20	20

Tabla 6. Continuación

Estado Nutricional	Correlación de Pearson	,112	1
	Sig. (bilateral)	,637	
	N	20	20

Por consiguiente, como se ha logrado encontrar en documentación bibliográfica, es evidente que a mayor gravedad de la disfagia mayor presencia de malnutrición, por tanto en este estudio se ha aplicado la fórmula de coeficiente de correlación de Pearson con el propósito de conocer la relación entre la disfagia y el estado nutricional. Sin embargo, de acuerdo al resultado obtenido mediante el programa SPSS el coeficiente es 0,112. Y de acuerdo al cuadro interpretativo chi cuadrado de Pearson, se determinó que la influencia de la disfagia tiene una correlación positiva débil sobre el estado nutricional.

De este modo, lo que evidencia que el estado nutricional no siempre mantendrá como etiología la presencia y severidad de la disfagia, ya que según Hernández et al. (2018) no toda correlación involucra causalidad, es decir no siempre una variable causará la otra o en este caso, existe una correlación poco confiable.

Así también, como lo mencionan Iglesias, Bermejo, Vivas, León & Villaceros (2020) y de acuerdo al análisis del estado nutricional, existen varios factores influyentes en el riesgo de malnutrición y malnutrición, una de ellas es la disfagia; la misma que pueden ser intervenida oportunamente con un equipo interdisciplinario para lograr controlarla, tales como el diagnóstico precoz de la disfagia y estado nutricional, terapia de rehabilitación para disfagia, modificación en la textura de los alimentos que mantenga una correcta alimentación, hidratación y nutrición del adulto mayor (Cabrera & De la Cruz, 2016); tal y como se ha previsto en el Hospital San Juan de Dios.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

Se identificaron 35 pacientes hospitalizados en el pabellón de geriatría, 20 de ellos padecen demencia y fueron diagnosticados con disfagia en diferentes estadios de gravedad por parte del profesional de fonoaudiología, quien a través del protocolo de evaluación clínica de deglución Gonzales y Toledo, y escala de Fujishima, logró recabar determinados diagnósticos; encontrándose en la población un 65% de pacientes con disfagia leve, 30% disfagia moderada y 5% con disfagia severa.

Tras determinar la población de estudio bajo los términos de inclusión, se aplicó el Cuestionario Mini Nutritional Assessment con el propósito de valorar el estado nutricional: en el que se manifiesta que el 70% de los pacientes presentan riesgo de malnutrición y el 30% malnutrición, siendo claro que ningún adulto mayor presenta un estado nutricional considerado normal.

De acuerdo con los objetivos planteados y a partir de la evidencia recolectada a lo largo de la presente investigación, se concluye que en la población de adultos mayores del Hospital San Juan de Dios, la disfagia no llega a considerarse un factor determinante del riesgo de malnutrición y malnutrición; evidenciado a través de la correlación de Pearson (0,112) que indica un resultado positivo débil.

En este sentido, por medio de la observación de las autoras, es de manifiesto que el diagnóstico precoz de la disfagia con herramientas validadas, tratamiento de rehabilitación como la terapia deglutoria, la modificación oportuna de texturas de pudding o néctar de los alimentos y líquidos y la administración de suplementos proteicos, son clave para evitar un mayor declive del estado nutricional, ya que funciona como medio para controlar la ingesta y por ende evita una mayor pérdida de peso que pueda llevar a elevar la morbilidad y mortalidad.

5.2. Recomendaciones

Una de las limitantes que se pudo observar en el estudio, fue la toma de peso ya que este valor se aproximó con la fórmula de Rabito y colaboradores propuesto en el 2006, por lo que se recomienda considerar la adquisición de una balanza silla, la misma que proporcione facilidad en este proceso y muestre mayor veracidad en su valor, considerándose un dato antropométrico de gran relevancia.

Es importante tener en cuenta que para aquellos pacientes que presenten peso insuficiente y peso normal con IMC de 20 a 23 kg/m² se debe mantener una supervisión constante, por lo que pueden conllevar un riesgo de desnutrición.

Se aconseja para estudios futuros la aplicación de una valoración nutricional completa con datos bioquímicos, inmunológicos, sociales y de historia clínica, porque sería beneficioso para identificar el grado de influencia de estos factores sobre el estado nutricional, ya que el método de screening o tamizaje solo es una parte de la evaluación.

Tal y como se pudo evidenciar en los resultados del MNA sobre la presencia de riesgo de malnutrición y malnutrición, es imperativo el monitoreo del estado nutricional de los adultos mayores, por lo que así se puede lograr evitar complicaciones como el deterioro funcional y la sarcopenia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, A., Milke, M., Arguello, G., Calderon, A., Carmona, R., Consuelo, A., Coss, E., García, M., Hernández, V., Icaza, M., Matínez, J., Morán, S., Ochoa, E., Reyes, M., Rivera, R., Zamarripa, F., Zárate, F., & Vázquez, R. (2021). Fibra dietaria y microbiota, revisión narrativa de un grupo de expertos de la Asociación Mexicana de Gastroenterología. *Gastroenterología de México*, 83(3), 287–304. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0375090621000409#!>
- Alcalde, S., Ricote, M., & Rodríguez, R. (2019). *Guía de disfagia: manejo de la disfagia en AP*. Madrid: BrysemFARM. Recuperado de <https://www.semergen.es/files/docs/grupos/digestivo/manejo-disfagia-ap.pdf>
- Ambiado, M., & Borjas, J. (2021). Presbifagia: Una Mirada a los Procesos de Alimentación y Deglución en los Adultos Mayores. *Areté*, 21(1), 105–112. Recuperado de <https://arete.iberu.edu.co/article/view/art21110/1702>
- Arias, F. (2012). *El proyecto de Investigación* (Sexta Ed.). Caracas: Episteme. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/301894369_EL_PROYECTO_DE_INVESTIGACION_6a_EDICION/link/572c1b2908ae2efbfbdbde004/download
- Arias, J., Villasís, M., & Miranda, M. (2016). El protocolo de investigación III: la población de estudio. *Alergia México*, 63(2), 201–206. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/4867/486755023011.pdf>
- Ariza, C., & Rojas, D. (2020). Disfagia en el adulto mayor. *Universitas Médica*, 61(4), 1–12. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/unmed/v61n4/2011-0839-unmed-61-04-00117.pdf>
- Asamblea Nacional. (2016). *Código Orgánico de Salud*. Quito. Recuperado de https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/11/RD_248332rivas_248332_355600.pdf
- Asamblea Nacional. (2019). *Ley Orgánica de las Personas Adultas Mayores*. Quito. Recuperado de https://www.gob.ec/sites/default/files/regulations/2019-06/Documento_LEY_ORGANICA_DE_LAS_PERSONAS_ADULTAS_MAYORES.pdf

- Ashbaugh, R., Cabello, J., Gonzáles, S., Gutiérrez, R., López, R., López, J., Martínez, C., & Ramos, P. (2014). Intervención nutricional en el paciente con disfagia. *Nutrición clínica y dietética hospitalaria*. Madrid: ICM. Recuperado de [https://www.segg.es/media/descargas/ENVEJECIMIENTO Y NUTRICION. Paciente Disfagia.pdf](https://www.segg.es/media/descargas/ENVEJECIMIENTO_Y_NUTRICION.Paciente%20Disfagia.pdf)
- Assal, F. (2019). History of Dementia. *Front Neurol Neurosci*, 44, 118–126. Recuperado de <https://sci-hub.st/10.1159/000494959>
- Ato, M., López, J. J., & Benavente, A. (2013). A classification system for research designs in psychology. *Anales de Psicología*, 29(3), 1038–1059. Recuperado de <https://doi.org/10.6018/analesps.29.3.178511>
- Ávila, J. (2016). *La Demencia* (Primera Ed.). Madrid: CSIC. Recuperado de <https://elibro.net/es/ereader/unibe/41844>
- Azer, S., & Kshirsagar, R. (2021). Dysphagia. *StatPearls*, 1-40. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559174/>
- Baijens, L., Calvé, P., Cras, P., Ekberg, O., Forster, A., Colb, G., Leners, J.-C., Mariero, S., Mateos-Nozal, J., Ortega, O., Smithard, D., Speyer, R., & Walshe, M. (2016). European Society for Swallowing Disorders – European Union Geriatric Medicine Society white paper: oropharyngeal dysphagia as a geriatric syndrome. *Clinical Interventions in Aging*, 11, 1403–1422. Recuperado de https://pdfs.semanticscholar.org/b13d/400cc43acb4b38301ac16af72172079517f6.pdf?_ga=2.145508599.2125538978.1652821537-1411641778.1652821537
- Burgoa, S. (2019). *Escalas De Severidad De La Disfagia: Importancia De Su Uso En Logopedia*. (Tesis de pregrado). Valladolid. Universidad de Valladolid, 1-34. Recuperado de <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/36904/TFG-M-L1633.pdf;jsessionid=E5CE51ED4F3AE8173BA4359A65E8935D?sequence=1>
- Cabrera, L., & De la Cruz, D. (2016). Acercamiento integrativo en la disfagia. *Acta Médica*, 17(2), 4–5. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/actamedica/acm-2016/acm162d.pdf>
- Caledón, G., Contreras, C., Neira, S., Riquelme, S., & Salazar, C. (2019). *Prevalencia de trastornos deglutorios en pacientes con enfermedad de parkinson de la*

“Agrupación de personas con enfermedad de parkinson, familiares y amigos” medida a través del Swallowing Disturbance Questionnaire (SDQ), el año 2019 en Temuco. (Tesis de pregrado). Temuco. [Universidad de La Frontera, 1-42. Recuperado de <https://bibliotecadigital.ufro.cl/?a=view&item=1721>

Canham, M. (2017). Revisión de la disfagia orofaríngea en adultos mayores. *Nursing*, 34(1), 42–47. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-nursing-20-articulo-revision-disfagia-orofaringea-adultos-mayores-S021253821730016X>

Cantón, A., Lozano, F., Del Olmo, M., Virgili, N., Wanden, C., Áviles, V., Ashbaugh, R., Ferrero, I., Bautista, J., Montejó, J., Bretón, I., Álvarez, J., & Moreno, J. (2019). Manejo nutricional de la demencia avanzada: resumen de recomendaciones del Grupo de Trabajo de Ética de la SENPE. *Nutrición Hospitalaria*, 36(4), 988–995. Recuperado de <https://www.nutricionhospitalaria.org/articles/02723/show#!>

Carrillo, E., Aragón, S., García, J., Calvo, B., & Pajaro, M. (2016). Disfagia y estado nutricional en ancianos institucionalizados. *Gerokomos*, 27(4), 147–152. Recuperado de https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v27n4/04_originales3.pdf

Carrión, S. (2017). *Fisiopatología de las complicaciones nutricionales asociadas a la disfagia orofaríngea en la población anciana*. (Tesis doctoral). Barcelona. Universidad Autónoma de Barcelona, 1-206. Recuperado de https://www.mendeley.com/catalogue/3c7debf5-37a1-3ce1-9dc5-4dab5bd1b71d/?utm_source=desktop&utm_medium=1.19.8&utm_campaign=open_catalog&userDocumentId=%7Bf8588fcb-021c-445e-899c-392e1a22296c%7D

Casanovas, A. (2012). El Mini Nutritional Assessment. Veinte años de desarrollo ayudando a la valoración nutricional. *Española de Geriatria y Gerontología*, 47(6), 245–246. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-pdf-S0211139X12002296>

Castillo, E., Gómez, J., Taborda, L., & Mejía, A. (2021). *¿Cómo investigar en la UNIB.E?* (Primera Ed.). Quito: Qualitas. Recuperado de <https://www.investigacion.unibe.edu.ec/libros-onlines>

Cederholm, T., Barazzoni, R., Austin, P., Ballmer, P., Biolo, G., Bischoff, S., Compher, C., Correia, I., Higashiguchi, T., Holst, M., Jensen, G., Malone, A., Muscaritoli,

- M., Nyulasi, I., Pirlich, M., Rothernberg, E., Shinfler, K., Schneider, S., De van der Schueren, M., ... Singer, P. (2017). ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. *Clinical Nutrition*, 36(1), 51. Recuperado de <https://www.espen.org/files/ESPEN-guidelines-on-definitions-and-terminology-of-clinical-nutrition.pdf>
- Clavé, P., & García, P. (2015). *Guía de diagnóstico y de tratamiento nutricional y rehabilitador de la disfagia orofaríngea (Tercera Ed.)*. Barcelona: Glosa. Recuperado de https://www.nestlehealthscience.es/sites/default/files/2020-04/guia_de_diagnostico_tratamiento_nutricional_y_rehabilitador_de_la_disfagia_orofaríngea.pdf
- Constitución de la República del Ecuador. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*. Quito. Recuperado de file:///C:/Respaldo/TITULACION/REFERENCIAS/CONSTITUCION_REPUBLICA_ECUADOR_.pdf
- Cruces, M. (2016). *Valoración de la composición corporal del adulto mayor* (Tesis de pregrado). Santiago de Chile. Universidad Finis Terrae, 1-69. Recuperado de https://repositorio.uft.cl/xmlui/bitstream/handle/20.500.12254/394/CRUCES_MERY ANN 2016 .pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Cuervo, M. (2016). *Evaluación Del Estado De Desnutrición En Personas De 65 O Más Años De Edad En España, Mediante Cuestionario Validado (Mna: Mini Nutritional Assesment)*. (Tesis doctoral). Navarra. Universidad de Navarra, 1-210. Recuperado de <https://dadun.unav.edu/handle/10171/41692>
- Custodio, N., Montesinos, R., & Alarcón, J. (2018). Evolución histórica del concepto y criterios actuales para el diagnóstico de demencia. *Neuropsiquiátrica*, 81(4), 235–250. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v81n4/a04v81n4.pdf>
- Díaz, H., Lozano, S., Croceri, R., Chapela, S., Coronel, S., Ares, J., & Fernández, D. (2019). Guía práctica para prevención, tratamiento y rehabilitación de úlceras por presión. *Fronteras En Medicina*, 14(4), 183–187. Recuperado de <https://doi.org/https://DOI.org/10.31954/RFEM/201904/0183-0187>
- Duong, S., Patel, T., & Chang, F. (2017). Dementia. *Canadian Pharmacists Journal*, 150(2), 118–129. Recuperado de

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5384525/>

Espinoza, C., Martínez, A., Graupera, M., Arias, O., Elvira, A., Cabré, M., Palomera, E., Bolívar, M., Clavé, P., & Ortega, O. (2020). Prevalence, Risk Factors, and Complications of Oropharyngeal Dysphagia in Older Patients with Dementia. *Nutrients*, 12(3), 1–15. Recuperado de <https://doi.org/10.3390/nu12030863>

Estrella, K. (2018). *Rol de enfermería en el manejo del estrés del adulto mayor. Hospital Provincial General* (Tesis de pregrado). Riobamba. Universidad Nacional de Chimborazo, 1-59. Recuperado de <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/5064/1/UNACH-EC-FCS-ENF-2018-0028.pdf>

Fernández, C., Baptista, P., & Hernández, R. (2014). *Metodología de la Investigación* (Sexta Ed.). Ciudad de México: McGraw Hill Recuperado de <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>

Fernández, L., Cabrera, N., Fernández, D., & Olcese, L. T. (2020). Dysphagia in COVID-19 times. *Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello*, 80(3), 385–390. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/orl/v80n3/0718-4816-orl-80-03-0385.pdf>

Figueroa, D. (2004). Estado nutricional como factor y resultado de la seguridad alimentaria y nutricional y sus representaciones en Brasil. *Salud Pública*, 6(2), 140–155. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v6n2/v6n2a02.pdf>

Gallardo, E. (2019). *Metodología de la Investigación. Manual Autoformativo Interactivo* (Primera Ed.). Huancayo: Universidad Continental. Recuperado de https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/4278/1/DO_UC_EG_MAI_UC0584_2018.pdf

Gárate, D., & Carrillo, C. (2018). *Incidencia de Disfagia en el Adulto Mayor de los Centros Geriátricos Urbanos de Cuenca 2017-2018*. (Tesis de pregrado). Cuenca. Universidad de Cuenca, 1-101. Recuperado de http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/30873/1/PROYECTO_DE_INVESTIGACIÓN.pdf

Gómez de la Torre, C. (2017). *“Trastornos de la conducta alimentaria en pacientes*

adultos mayores con deterioro cognitivo del Centro de Reposo San Juan de Dios, periodo enero - abril 2016". (Tesis de pregrado). Quito. Universidad Internacional del Ecuador, 1-78. Recuperado de <https://repositorio.uide.edu.ec/bitstream/37000/1396/1/T-UIDE-1087.pdf>

González, G. (2020). Tipo de fibra muscular y su relación con el abordaje fonoaudiológico en los trastornos de la deglución. *Chilena de Fonoaudiología*, 18, 1–7. Recuperado de <https://revfono.uchile.cl/index.php/RCDF/article/view/60189>

González, M. B., & Recio, G. M. (2016). Abordaje de la disfagia en enfermos de alzhéimer. *Nutricion Hospitalaria*, 33(3), 739–748. Recuperado de <https://doi.org/10.20960/nh.286>

Guamán, K., Hernández, E., & Lloay, S. (2020). El Positivismo y el Positivismo Jurídico. *Universidad y Sociedad*, 12(4), 265–269. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/rus/v12n4/2218-3620-rus-12-04-265.pdf>

Guzmán, M., & Dulbecco, M. (2020). Abordaje del paciente con disfagia. *Sociedad Argentina de Gastroenterología*, 50, 42–55. Recuperado de <https://actagastro.org/abordaje-del-paciente-con-disfagia/>

Hernández, J., Espinosa, J., Peñaloza, M., Rodriguez, J., Chacón, J., Toloza, C., Arenas, M., Sandra, C., & Bermúdez, V. (2018). Sobre el uso adecuado del coeficiente de correlación de Pearson: definición, propiedades y suposiciones. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 37(5), 590. Recuperado de https://www.revistaavft.com/images/revistas/2018/avft_5_2018/25sobre_uso_adecuado_coeficiente.pdf

Hernández, R., & Mendoza, C. (2013). *Metodología de la investigación: Las Rutas Cuantitativa, Cualitativa y Mixta. (Primera Ed.)*. Ciudad de México: McGraw Hill. Recuperado de http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/SampieriLasRutas.pdf

Iglesias, L., Bermejo, C., Vivas, Á., León, R., & Villacieros, M. (2020). Estado nutricional y factores relacionados con la desnutrición en una residencia de

- ancianos. *Gerokomos*, 31(2), 76–80. Recuperado de <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v31n2/1134-928X-geroko-31-02-76.pdf>
- Kunieda, K., Ohno, T., Fujishima, I., Hojo, K., & Morita, T. (2013). Reliability and Validity of a Tool to Measure the Severity of Dysphagia: The Food Intake LEVEL Scale. *Journal of Pain and Symptom Management*, 46(2), 201–206. Recuperado de <https://www.jpmsjournal.com/action/showPdf?pii=S0885-3924%2812%2900467-8>
- Ley Orgánica de Salud. (2006). *Ley de Derecho y Amparo del Paciente*. Quito. Recuperado de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/09/Normativa-Ley-de-Derechos-y-Amparo-del-Paciente.pdf>
- Lliguisupa, V., Álvarez, R., Bermejo, D., Ulloa, U., & Estrada, J. (2020). Niveles de depresión en adultos mayores atendidos en un hospital de segundo nivel. *Ciencias Pedagógicas e Innovación*, 8(1), 16–21. Recuperado de <https://doi.org/https://doi.org/10.26423/rcpi.v8i1.310>
- Lobatón, E. (2020). Malnutrición hospitalaria: etiología y criterios para su diagnóstico y clasificación. *Nutrición Clínica y Metabolismo*, 3(1), 121–127. Recuperado de <https://doi.org/https://doi.org/10.35454/rncm.v3n1.019>
- Lonnie, M., Hooker, E., Brunstrom, J., Corfe, B., Green, M., Watson, A., Williams, E., Stevenson, E., Penson, S., & Johnstone, A. (2018). Protein for Life: Review of Optimal Protein Intake, Sustainable Dietary Sources and the Effect on Appetite in Ageing Adults. *Nutrients*, 10(3), 1–18. Recuperado de <https://www.mdpi.com/2072-6643/10/3/360/htm>
- Lopes, J., Guimarães, M., Costa, T., Alves Dacilva, M., & Jácome de Lima, Carla Simplício de Oliveira, P. (2018). Evaluación nutricional por el Mini Nutritional Assessment: una herramienta para las enfermeras. *Enfermería Global*, 51, 267–277. Recuperado de <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/290251/230531>
- López, E., Iríbar, M., & Peinado, J. (2016). La circunferencia de la pantorrilla como marcador rápido y fiable de desnutrición en el anciano que ingresa en el hospital. Relación con la edad y sexo del paciente. *Nutrición Hospitalaria*, 33(3), 565–571. Recuperado de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-

Dietética Hospitalaria, 39(4), 72–76. Recuperado de <https://revista.sedca.es/PDF/MORALES.pdf>

Moyano, L. (2020). *Afectación de la disfagia en personas con Alzheimer y déficits nutricionales*. (Tesis de Maestría). Catalunya. Universidad Oberta de Catalunya, 1-36. Recuperado de <https://openaccess.uoc.edu/bitstream/10609/125406/6/lmoyanoTFM0620memor>

Muñoz, B. (2021). *Validación en español del cuestionario Mini Nutritional Assessment (MNA) para la valoración del estado nutricional de pacientes mayores de 65 años*. (Tesis Doctoral). Córdoba. Universidad de Córdoba, 1-108. Recuperado de <https://helvia.uco.es/bitstream/handle/10396/21493/2021000002274.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

National Institute of Mental Health. (2021). *Depresión*. Estados Unidos: National Institute of Health. Recuperado de <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression-sp>

National Institute on Aging. (2021). *Hoja informativa sobre la enfermedad de Alzheimer*. Estados Unidos: National Institute of health. Recuperado de <https://www.nia.nih.gov/espanol/hoja-informativa-sobre-enfermedad-alzheimer>

Nestlé Nutrition Institute. (2021). *Cribado nutricional Guía para rellenar el formulario Mini Nutritional Assessment (MNA®) Cribar e intervenir. La nutrición puede hacer la diferencia*. Estados Unidos: Nestlé Nutrition Institute. Recuperado de <https://www.mna-elderly.com/sites/default/files/2021-10/mna-guide-spanish.pdf>

Nestlé Nutrition Institute. (2021). *MNA*. Estados Unidos: Nestlé Nutrition Institute. Recuperado de <https://www.mna-elderly.com/sites/default/files/2021-10/MNA-spanish.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2018). *Alimentación sana*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet#:~:text=Frutas%2C verduras y hortalizas,diaria suficiente de fibra dietética>.

Panebianco, M., Marchese, R., Masiero, S., & Restivo, D. (2020). Dysphagia in neurological diseases: a literature review. *Neurological Sciences*, 41(11), 3067–3073. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32506360/>

- Peña, D. (2020). *Prevalencia De Malnutrición En Adultos Mayores Del Centro De Salud Tipo C Nabón En El Período 2018. (Tesis de pregrado)*. Cuenca. Universidad de Cuenca, 1-88- Recuperado de [https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/34841/1/PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.pdf](https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/34841/1/PROYECTO_DE_INVESTIGACIÓN.pdf)
- Pérez, D., Reyes, Y., Del Castillo, S., & López, Y. (2020). Evaluación del estado nutricional de un grupo de ancianos. *Ciencias de La Salud*, 4(2), 20–24. Recuperado de <https://190.15.136.223/index.php/QhaliKay/article/view/2727/2824>
- Pérez, E., González, A., Barrientos, M., Camacho, C., Tapia, Y., Torres, K., & Uribe, G. (2018). Evaluación de la disfagia en pacientes con enfermedades neurológicas y su relación con riesgo de desnutrición. *Medicina Interna México*, 34(3), 359–365. Recuperado de <https://doi.org/https://doi.org/10.24245/min.v34i3.1815>
- Primitivo, R. (2010). Factores de riesgo nutricional en los mayores institucionalizados. (Primera Ed.). Madrid: *Sociedad Española de Geriátría y Gerontología*. Recuperado de [https://www.segg.es/media/descargas/Acreditacion de Calidad SEGG/Residencias/Factores de riesgo nutricional en mayores institucionalizados-1.pdf](https://www.segg.es/media/descargas/Acreditacion%20de%20Calidad%20SEGG/Residencias/Factores%20de%20riesgo%20nutricional%20en%20mayores%20institucionalizados-1.pdf)
- Rabito, E., Vannucchi, G., Suen, V., Neto, L., & Marchini, J. (2006). Weight and height prediction of immobilized patients. *Nutrición*, 16(6), 655–661. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/rn/a/www5bscb9fZZrjQ7dG8pzBP/?lang=en&format=pdf>
- Real, C., & Peralta, L. (2021). Todos los caminos conducen a la pérdida de masa muscular: desnutrición, fragilidad, sarcopenia y caquexia. *Diaeta*, 39(174), 45–58. Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-73372021000100045
- Sacuiu, S. (2016). Dementias. *Handbook of Clinical Neurology*, 138(3), 123–151. Recuperado de <https://sci-hub.st/10.1016/B978-0-12-802973-2.00008-2>
- Sanz, B. (2019). “*Oropharyngeal dysphagia in elderly people with degenerative dementia.*” (Tesis de pregrado). Madrid. Universidad Autónoma de Madrid, 1-60.

Recuperado de [https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/687951/sanz_lopez-Tello_belentfg.pdf?sequence=1#:~:text=Introducci3A La Disfagia orofaríngea es,graves complicaciones derivadas del trastorno.](https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/687951/sanz_lopez-Tello_belentfg.pdf?sequence=1#:~:text=Introducci3A%20La%20Disfagia%20orofar%C3%ADngea%20es,graves%20complicaciones%20derivadas%20del%20trastorno.)

Jiménez, C., Corregidor, A., & Gutierrez, C. (2007). Disfagia. Sociedad de Geriatria y Gerontología. *Tratado de Geriatria para Residentes* (págs. 545-553). Madrid, España: IM&C. Recuperado de https://www.segg.es/tratadogeriatria/pdf/s35-0500_primeras.pdf

Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. (2016). Nutricion en el anciano: Guía de buena práctica clínica en geriatria. (Primera Ed.). Madrid: Grupo ICM Comunicación. Recuperado de https://www.segg.es/download.asp?file=media/descargas/guia_nestle.pdf

Sociedad Española de Nutricion Parenteral y Enteral, & Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. (2017). *Valoración Nutricional en el Anciano* (Primera Ed.). Madrid: Galénitas-Nigra Trea. Recuperado de [https://www.segg.es/media/descargas/Acreditacion de Calidad SEGG/Residencias/valoracion_nutricional_anciano.pdf](https://www.segg.es/media/descargas/Acreditacion%20de%20Calidad%20SEGG/Residencias/valoracion_nutricional_anciano.pdf)

Spechler, S. (1999). American gastroenterological association medical position statement on treatment of patients with dysphagia caused by benign disorders of the distal esophagus. *Gastroenterology*, 117(1), 229–232. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10381932/>

Tafur, J., Guerra, M., Carbonell, A., & Ghisays, M. (2018). Factores que afectan el estado nutricional del adulto mayor. *Latinoamericana de Hipertensión*, 13(5), 1–7. Recuperado de https://www.revhipertension.com/rh_5_2018/factores_que_afectan_el_estado.pdf

Thao, T., Linh, N., Hirose, K., Tu, N., Huong, L., Fumio, S., & Shigeru, Y. (2021). Malnutrition is associated with dysphagia in Vietnamese older adult inpatients. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, 30(4), 588–594. Recuperado de <https://apjcn.nhri.org.tw/server/APJCN/30/4/588.pdf>

Torres, R., & Nieto, M. (2007). Inmovilidad. Sociedad de Geriatria y Gerontología.

Tratado de Geriátría para Residentes (págs. 211–216). Madrid, España: IM&C.
Recuperado de <https://www.segg.es/tratadogeriatría/main.html>

Valdés, M., Hernández, Y., Herrera, G., & Rodríguez, N. (2017). Evaluación del estado nutricional de ancianos institucionalizados en el hogar de ancianos de Pinar del Río. *Ciencias Médicas*, 21(5), 643–651. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942017000500006

Venegas, M., Navia, R., Fuentealba, I., Medina, M. D. De, & Kunstmann, P. (2020). Clinical management of elderly with dysphagia. *Clínica Las Condes*, 31(1), 50–64. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864019301117>

Warnecke, T., Dziejwas, R., Wirth, R., Bauer, J., & Prell, T. (2019). Dysphagia from a neurogeriatric point of view: Pathogenesis, diagnosis and management. *Zeitschrift Fur Gerontologie Und Geriatrie*, 52(4), 330–335. Recuperado de <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00391-019-01563-x>

World Gastroenterology Organization. (2014). *Disfagia: Guías y Cascadas Mundiales*. (Primera Ed.). Estados Unidos: World Gastroenterology Organization. Recuperado de <https://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/dysphagia-spanish-2014.pdf>

Zamora, A., Palacín, C., Guardia, A., Zamora, A., Clemente, E., & Santaliestra, J. (2018). Importancia de la detección de la disfagia en pacientes geriátricos. *Semergen*, 44(3), 168–173. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.semerng.2017.03.001>

ANEXOS

Anexo 1

Cuestionario Mini Nutritional Assessment

Mini Nutritional Assessment

MNA[®]

Nestlé
Nutrition Institute

Apellidos:		Nombre:		
Sexo:	Edad:	Peso, kg:	Altura, cm:	Fecha:

Responda a la primera parte del cuestionario indicando la puntuación adecuada para cada pregunta. Sume los puntos correspondientes al cribaje y si la suma es igual o inferior a 11, complete el cuestionario para obtener una apreciación precisa del estado nutricional.

Cribaje		J Cuántas comidas completas toma al día?	
A Ha perdido el apetito? Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o deglución en los últimos 3 meses? 0 = ha comido mucho menos 1 = ha comido menos 2 = ha comido igual	<input type="checkbox"/>	0 = 1 comida 1 = 2 comidas 2 = 3 comidas	<input type="checkbox"/>
B Pérdida reciente de peso (<3 meses) 0 = pérdida de peso > 3 kg 1 = no lo sabe 2 = pérdida de peso entre 1 y 3 kg 3 = no ha habido pérdida de peso	<input type="checkbox"/>	K Consume el paciente	
C Movilidad 0 = de la cama al sillón 1 = autonomía en el interior 2 = sale del domicilio	<input type="checkbox"/>	• productos lácteos al menos una vez al día? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	
D Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses? 0 = sí 2 = no	<input type="checkbox"/>	• huevos o legumbres 1 o 2 veces a la semana? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	
E Problemas neuropsicológicos 0 = demencia o depresión grave 1 = demencia leve 2 = sin problemas psicológicos	<input type="checkbox"/>	• carne, pescado o aves, diariamente? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	
F Índice de masa corporal (IMC) = peso en kg / (talla en m) ² 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23	<input type="checkbox"/>	0.0 = 0 o 1 sies 0.5 = 2 sies 1.0 = 3 sies	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Evaluación del cribaje (subtotal máx. 14 puntos)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	L Consume frutas o verduras al menos 2 veces al día? 0 = no 1 = sí	<input type="checkbox"/>
12-14 puntos: estado nutricional normal		M Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día? (agua, zumo, café, té, leche, vino, cerveza...) 0.0 = menos de 3 vasos 0.5 = de 3 a 5 vasos 1.0 = más de 5 vasos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8-11 puntos: riesgo de malnutrición		N Forma de alimentarse 0 = necesita ayuda 1 = se alimenta solo con dificultad 2 = se alimenta solo sin dificultad	<input type="checkbox"/>
0-7 puntos: malnutrición		O Se considera el paciente que está bien nutrido? 0 = malnutrición grave 1 = no lo sabe o malnutrición moderada 2 = sin problemas de nutrición	<input type="checkbox"/>
Para una evaluación más detallada, continúe con las preguntas G-R		P En comparación con las personas de su edad, cómo encuentra el paciente su estado de salud? 0.0 = peor 0.5 = no lo sabe 1.0 = igual 2.0 = mejor	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Evaluación		Q Circunferencia braquial (CB en cm)	
G El paciente vive independiente en su domicilio? 1 = sí 0 = no	<input type="checkbox"/>	0.0 = CB < 21 0.5 = 21 ≤ CB ≤ 22 1.0 = CB > 22	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
H Toma más de 3 medicamentos al día? 0 = sí 1 = no	<input type="checkbox"/>	R Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm) 0 = CP < 31 1 = CP ≥ 31	<input type="checkbox"/>
I Úlceras o lesiones cutáneas? 0 = sí 1 = no	<input type="checkbox"/>	Evaluación (máx. 16 puntos)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Cribaje	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Evaluación global (máx. 30 puntos)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Evaluación del estado nutricional	
		De 24 a 30 puntos <input type="checkbox"/>	estado nutricional normal
		De 17 a 23.5 puntos <input type="checkbox"/>	riesgo de malnutrición
		Menos de 17 puntos <input type="checkbox"/>	malnutrición

Ref Velaz B, Vilars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. J Nutr Health Aging 2006; 10: 466-468.
Rubenstein LZ, Harker JO, Savla A, Guigoz Y, Velaz B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J Gerontol 2001; 56A: M396-377.
Guigoz Y. The Mini-Nutrition Assessment (MNA®): Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10: 466-487.
© Société des Produits Nestlé SA, Trade mark Owners.
© Société des Produits Nestlé SA, 1994, Revision 2009.
Para más información: www.mna-eliberty.com