



Trabajos originales

Prevalencia de la disfagia de adultos mayores con implementación de la escala EAT-10

Prevalence of dysphagia in older adults with the implementation of the EAT-10 Scale

Olga Rosa Castillo-Mier*, María Camila Martínez-Ayala**, María Gabriela Latorre-Arévalo***, Juan Esteban Ospina-Gómez****, Paul Anthony Camacho*****, Sylvia J. Villamizar-Portilla*****.

* Médico otorrinolaringólogo, Clínica FOSCAL; Floridablanca, Colombia. ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-6294-1599>

** Médico asistente de Investigación, Clínica FOSCAL; Floridablanca, Colombia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8275-4399>

*** Médico asistente de Investigación, Clínica FOSCAL; Floridablanca, Colombia. ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-9428-6575>

**** Médico asistente de Investigación, Clínica FOSCAL; Floridablanca, Colombia. ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-0381-3722>

***** Docente, Universidad Autónoma de Bucaramanga; Bucaramanga, Colombia. Médico epidemiólogo, Clínica FOSCAL; Floridablanca, Colombia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0816-8292>

***** Docente, Universidad Autónoma de Bucaramanga; Bucaramanga, Colombia. Epidemióloga, Clínica FOSCAL; Floridablanca, Colombia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7296-3522>

Forma de citar: Castillo-Mier OR, Martínez-Ayala MC, Latorre-Arévalo MC, Ospina-Gómez JE, Camacho PA, Villamizar-Portilla SJ. Prevalencia de la disfagia de adultos mayores con implementación de la escala EAT-10. Acta otorrinolaringol cir.cabeza cuello. 2025; 53(1): 61-68. Doi: 10.37076/acorl.v53i1.766

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido: 12 de agosto de 2024

Evaluado: 8 de octubre 2024

Aceptado: 29 de octubre 2024

Palabras clave (DeCS):

Trastornos de deglución, adulto mayor, disfagia.

RESUMEN

Introducción: la disfagia se define como la sensación subjetiva de dificultad para tragar líquidos o sólidos, causada por una alteración en una o más fases de la deglución. Esta condición es común en adultos mayores y se asocia con mayor morbilidad y mortalidad, deshidratación, desnutrición y riesgo de neumonía por aspiración, afectando negativamente la calidad de vida. El objetivo fue establecer la prevalencia de disfagia en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados en Bucaramanga y su área metropolitana, mediante el uso de la escala EAT-10. **Materiales y métodos:** estudio descriptivo de corte transversal donde se evaluó la prevalencia de disfagia en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados en Bucaramanga y su área metropolitana. Se utilizó la escala EAT-10 para el tamizaje de disfagia y la SF-12 para medir calidad de vida. Se realizó un análisis descriptivo de las diferentes variables, teniendo en cuenta la escala de medición de las mismas.

Resultados: la población en estudio estuvo constituida por 200 adultos mayores, con

Correspondencia:

Juan Esteban Ospina Gómez

Correo electrónico: juanestebanospina98@gmail.com

Key words (MeSH):

Deglutition disorders, aged, dysphagia.

un promedio de edad de 75 años ± 7,59 años. Las mujeres representaron el 53,5% (107). En la población estudiada se encontró una prevalencia de disfagia de 14%. **Conclusiones:** la prevalencia de disfagia se estima en un 14 %, consistente con otros estudios. El uso de herramientas de detección estandarizadas, como las escalas validadas en español, facilita la detección temprana, previene complicaciones y permite intervenciones multidisciplinarias.

ABSTRACT

Introduction: Dysphagia is the subjective sensation of difficulty swallowing liquids or solids, caused by an alteration in one or more phases of swallowing. This condition is common in older adults and is associated with higher morbidity and mortality, dehydration, malnutrition, and risk of aspiration pneumonia, negatively affecting quality of life. The aim was to establish the prevalence of dysphagia in institutionalized and non-institutionalized older adults in Bucaramanga and its metropolitan area using the EAT-10 scale. **Materials and methods:** A descriptive cross-sectional study evaluated the prevalence of dysphagia in institutionalized and non-institutionalized older adults in Bucaramanga and its metropolitan area. The EAT-10 scale was used for dysphagia screening, and the SF-12 was used to measure quality of life. A descriptive analysis of the different variables was performed, considering their measurement scales. **Results:** The study population consisted of 200 older adults, with a mean age of 75 years ± 7.59 years. Women represented 53.5% (107). A prevalence of dysphagia of 14% was found in the studied population. **Conclusions:** The prevalence of dysphagia is estimated at 14%, consistent with other studies. Standardized screening tools, such as validated scales in Spanish, facilitate early detection, prevent complications, and allow for multidisciplinary interventions.

Introducción

La disfagia se define como la dificultad para deglutar de manera eficaz y segura sólidos o líquidos, puede afectar a las personas en diversas etapas de la vida, pero afecta especialmente a los adultos mayores en quienes la prevalencia es mayor (1, 2); por esta razón, representa un desafío significativo para la salud, ya que no solo compromete la capacidad de alimentarse adecuadamente, sino que también conlleva complicaciones severas, incluyendo deshidratación, desnutrición, riesgo aumentado de neumonía por aspiración y un impacto directo en la mortalidad (3, 4). Estas condiciones deterioran la calidad de vida y el bienestar psicosocial de los adultos mayores (4, 5).

Su prevalencia oscila entre el 2% y el 16% en la población general (6, 7); sin embargo, esta alcanza valores superiores al 40% en pacientes hospitalizados (6), lo que aumenta su incidencia con la edad (8), siendo más común en los ancianos, y se asocia con una mayor morbilidad y mortalidad (9, 10). Esto debido a los cambios funcionales inherentes al propio envejecimiento y las comorbilidades que aumentan el riesgo de presentar disfagia orofaríngea (9). En Alemania se encontró una prevalencia del 29% en una muestra aleatoria de 200 pacientes geriátricos (11). En Colombia se encontró una prevalencia baja (2,7%); sin embargo, en ese estudio se incluyeron pacientes jóvenes (7, 12).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha identificado los trastornos de la deglución como factores asociados

con un incremento en la morbilidad, mortalidad y costos asociados a la atención sanitaria (13, 14). La detección temprana de la disfagia se vuelve imperativa, particularmente en poblaciones de riesgo como los adultos mayores (14). Es por ello que existe una prueba de tamizaje desarrollada por Belafsky y colaboradores (15) en 2008, llamada Eating Assessment Tool-10, validada en español (EAT-10), compuesta por 10 preguntas que exploran síntomas y experiencias relacionadas con la disfagia (Tabla 1). Esta ha demostrado su eficacia en el tamizaje de esta condición en la población colombiana, lo que revela una sensibilidad del 94,3% y una especificidad del 49,5% (16).

A pesar de estos resultados alentadores, la EAT-10 aún no se implementa de manera rutinaria en la evaluación de pacientes, lo que sugiere una subestimación actual de la prevalencia de la disfagia. El presente estudio tiene como objetivo principal determinar la prevalencia de la disfagia en adultos mayores del área metropolitana de Bucaramanga, mediante la aplicación de la escala EAT-10.

Materiales y métodos

Estudio observacional analítico de corte transversal, que incluyó adultos mayores de 65 años que vivían en instituciones especializadas en atención del adulto mayor y pacientes no institucionalizados del área metropolitana de Bucaramanga que asistieron a consulta externa en la Fundación Oftalmológica de Santander (FOSCAL) y accedieron a participar en

el estudio. Se excluyeron pacientes con historia o antecedentes personales de limitación sensorial o déficit cognitivo que impidiera el diligenciamiento de los instrumentos y pacientes quienes no tenían alimentación oral, habían requerido cirugía cabeza y cuello o tenían antecedente de cáncer o radioterapia de cuello.

El instrumento utilizado para medir la disfagia fue la Eating Assessment Tool-10 (**Tabla 1**), una escala validada en español (EAT-10) (15), la cual se completó de manera autorreportada. La capacidad funcional en las actividades de la vida diaria se evaluó mediante el índice de Barthel, el cual valora el nivel de independencia del paciente en la realización de actividades básicas de la vida diaria, otorgando diferentes puntuaciones con una calificación máxima de 100 puntos (completamente independiente) y mínima de 0 (completamente dependiente) (17). Para medir la calidad de vida, se empleó la escala Short Form SF-12, una versión abreviada de la escala SF-36 que conserva los mismos 8 dominios (función física y social, rol físico y emocional, salud mental, vitalidad, dolor corporal y salud general) (18).

Análisis estadístico

Una vez se completó la recolección de datos por medio de una encuesta digital en RedCap®, estos se analizaron en el software R (R 4.3.1 GUI 1.79 Big Sur Intel Build) y R studio (2023.12.1+402). El análisis descriptivo se realizó en función de la distribución de las frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas. Para las variables cuantitativas se calcularon las medidas de tendencia central, posición y de dispersión de acuerdo con la distribución de normalidad evaluada mediante forma gráfica y prueba de Shapiro-Francia-Wilk.

Se consideró la presencia de disfagia a los pacientes que en la escala EAT-10 tenían un puntaje mayor o igual a 3 (12, 19). La prevalencia se calculó mediante el número de casos positivos sobre el total de sujetos evaluados multiplicados por cien. Las variables cualitativas se compararon con el test de Chi² o test exacto de Fisher y las cuantitativas mediante T de Student o U de Mann-Whitney, según su dis-

tribución. Posteriormente, la estimación de las razones de probabilidades (OR), se realizó mediante una regresión logística cruda y multivariadas. Las variables que ingresaron al modelo multivariado fueron aquellas con valores $p < 0,25$ en el análisis bivariado. El modelo fue evaluado mediante el criterio de Akaike (AIC) y se reporta el R² de Nagelkerke. Adicionalmente se realizó una correlación de la variable disfagia frente al puntaje de calidad de vida mediante el test de Spearman. Se consideró una p estadísticamente significativa menor de 0,05.

Tamaño de la muestra

Para la realización de este estudio se calculó una muestra de 196 adultos mayores, con una población estimada de 70.635 adultos mayores en el área metropolitana de Bucaramanga (20), un nivel de confianza del 95% y con una prevalencia del 15%, y se estimó un tamaño muestral mediante OpenEpi (21).

Resultados

Se recolectaron datos de 200 pacientes que respondieron la encuesta. Entre ellos, el promedio de edad fue de 75 años $\pm 7,59$ años. Del total de pacientes, el 53,5% (107) fueron mujeres, y el 79,5% (159) no estaban institucionalizados (**Tabla 2**).

En cuanto a la condición dental, el 13% (26) de los participantes tenían dentición completa, el 52,5% (105) presentaban dentición parcial, y el resto eran edéntulos totales. Respecto a la dieta, el 64% (128) de los participantes seguía una dieta normal, mientras que el 36% (72) tenía restricciones alimenticias, lo que implicaba una dieta blanda o líquida.

En relación con el sistema de salud, el 38,5% de los participantes pertenecía al régimen subsidiado, donde los costos de salud son cubiertos por el estado, mientras que el 57,5% estaba en el régimen contributivo, donde los costos de salud son cubiertos por su trabajo. Además, el 4% pertenecía a regímenes especiales de salud (**Tabla 1**).

Se encontró una prevalencia de disfagia en el 14% en la población estudiada. De estos, 6,5% (13) habían consultado

Tabla 1. Escala Eating Assessment Tool-10 en español

Preguntas	0	1	2	3	4
Mi problema para tragar me ha llevado a perder peso					
Mi problema para tragar interfiere con mi capacidad para comer fuera de casa					
Tragar líquidos me supone un esfuerzo extra					
Tragar sólidos me supone un esfuerzo extra					
Tragar pastillas me supone un esfuerzo extra					
Tragar es doloroso					
El placer de comer se ve afectado por mi problema para tragar					
Cuando trago, la comida se pega en mi garganta					
Toso cuando como					
Tragar es estresante					

Tomada de: Belafsky PC, et al. Ann Otol Rhinol Laryngol. 2008 Dec;117(12):919-24 (15)

Tabla 2. Características sociodemográficas

Características	n(%)
Sexo	
Mujer	107 (53,5%)
Hombre	93 (46,5%)
Edad	
Edad años. Mediana (RIQ)	75,65 (80-70)
Estado civil	
Soltero	42 (21%)
Casado	93 (46,5%)
Viudo	53 (26,5%)
Separado o divorciado	12 (6%)
Residencia	
Institucionalizado	41 (20,5%)
No institucionalizado	159 (79,5%)
Régimen de seguridad social	
Subsidiado	77 (38,5%)
Contributivo	115 (57,5%)
Régimen especial	8 (4%)
Estrato socioeconómico	
Bajo-medio	7 (3,5%)
Alto	193 (96,5%)

RIQ: rango intercuartílico.

Descripción de características sociodemográficas de la población estudiada. Elaboración propia de los autores.

previamente por presentar síntomas de disfagia y 64,29% (18) eran mujeres.

De los síntomas que se preguntaron en la escala EAT-10, se encontró que 82% (23/28) de los participantes con disfagia presentaban esfuerzo para tragar sólidos, siendo este el síntoma más frecuente, seguido de tos posingesta (60,7%) y sensación de comida pegada en la garganta, que se presentó en el 57,14%.

En la población estudiada, el 58,5% presentaron hipertensión arterial (HTA), 28% diabetes y el 8% (15) enfermedad coronaria. La gran mayoría de los participantes (3,5%) no presentaba condiciones neurológicas como antecedente de accidente cerebrovascular o Parkinson (**Figura 1**).

La capacidad funcional en actividades de la vida diaria de nuestra población se evaluó mediante el índice de Barthel, encontrando una mediana de 100 (RIQ 90-100) en el total de participantes y de 90,38 (20,612) en aquellos que

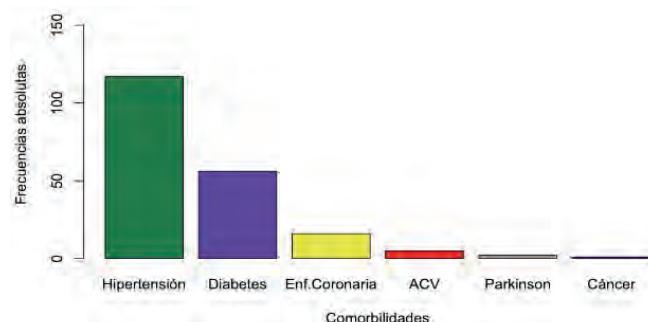


Figura 1. Comorbilidades. Hallazgos de comorbilidades encontradas en la población estudiada. Elaboración propia de los autores.

tenían disfagia. Adicionalmente, se preguntó por la calidad de vida de los pacientes con la escala Short Form 12 (SF-12), encontrando para el componente físico una mediana de 51,83 (RIQ 55,18-44,95), similar al componente mental 50,98 (RIQ 56,87-44,88) (**Tabla 3**).

Al realizar la correlación entre la presencia de disfagia y la escala de calidad de vida SF-12 en sus dos esferas, mental y física, se observó una asociación negativa significativa, siendo el coeficiente de Rho de -0,29 ($p < 0,001$) para el componente físico y de -0,193 (0,006) para el mental. Esta correlación moderada inversa sugiere que la presencia de disfagia está asociada con una disminución en la calidad de vida, en ambos componentes.

En el análisis de los OR crudos se encontró que la presencia de disfagia se asoció con estar institucionalizado [OR = 3,698 ($p < 0,001$)], tener dependencia según la escala Barthel [OR = 5,931 ($p < 0,001$)], y tener antecedente de enfermedad coronaria [OR = 3,181 ($p=0,047$)] (**Tabla 2**). En el análisis multivariado, la presencia de dieta normal se asoció negativamente con la disfagia [OR = 0,254 ($p = 0,003$)], mientras que la presencia de hipertensión [OR = 2,751 ($p = 0,040$)], la enfermedad coronaria [OR = 3,03 ($p = 0,089$)] y la dependencia funcional [OR = 5,873 ($p < 0,001$)], con un R2 del 20% indicando la proporción de variabilidad explicada por el modelo (**Tablas 4 y 5**).

Discusión

La disfagia es un síntoma común en personas mayores, cuya prevalencia varía según la población estudiada y la presencia de comorbilidades. En el presente estudio, se observó una prevalencia del 14% en adultos mayores. Sin embargo, otros estudios han reportado prevalencias de hasta el 45% al

Tabla 3. Medidas de tendencia central de calidad de vida y dependencia funcional

Medida de tendencia central	Barthel	Cuestionario de calidad de vida SF-12	
		Física	Mental
Media (DS)	90,38 (20,612)	49,03 (8,463)	49,95 (8,387)
Mediana (RIQ)	100 (90-100)	51,83 (55,18-44,95)	50,98 (56,87-44,88)

Medidas de tendencia central para calidad de vida y dependencia funcional en adultos mayores evaluadas mediante el índice de Barthel y el cuestionario de calidad de vida SF-12. Elaboración propia de los autores.

Tabla 4. Medida de asociación para presentar disfagia

Evento presentar disfagia	Variables	OR crudos [IC 95%]	Valor p
Sexo (Masculino)		0,595 [0,251-1,341]	0,224
Régimen salud subsidiado		1,234 [0,5395-2,762]	0,609
Institucionalizado		3,698 [1,562-8,636]	0,001
Estrato bajo		1,565 [0,694-3,708]	0,287
Tipo de dieta normal		0,304 [0,130-0,685]	0,005
ACV		2,086 [0,101-16,978]	0,531
Parkinson		10,544 [NA]	0,989
Diabetes		1,033 [0,404-2,428]	0,942
HTA		1,932 [0,833-4,886]	0,139
Enfermedad coronaria		3,181 [0,934-9,633]	0,047
Dependiente Barthel		5,931 [2,535-15,131]	<0,001
Edéntulo		4,591 [0,910-83,727]	0,143

ACV: accidente cerebrovascular; HTA: hipertensión arterial. Medidas de asociación cruda para el riesgo de presentar disfagia. Elaboración propia de los autores.

Tabla 5. Modelo de regresión logística multivariado para presentar disfagia

Variable	OR	IC (95%)	Valor p
Tipo de dieta normal	0,25	0,10-0,63	0,004
Hipertensión arterial	2,75	1,08-7,64	0,040
Enfermedad coronaria	3,03	0,79-10,64	0,089
Dependiente Barthel	5,87	2,39-15,74	<0,001

Modelo de regresión logística multivariada para predecir la presencia de disfagia. Elaboración propia de los autores.

utilizar únicamente técnicas de detección superficial, y un aumento al 55% con pruebas clínicas y hasta el 78% al emplear métodos instrumentales (22).

En un estudio similar realizado en un centro de salud en Madrid se utilizó el cuestionario EAT-10 para determinar la prevalencia de disfagia en 161 pacientes que acudieron a consultas de enfermería, encontrándose una prevalencia del 20,5%. Este valor es comparable con los datos obtenidos en la presente investigación, en la cual se reportó una prevalencia del 14%. Además, las poblaciones de ambos estudios presentan características similares en términos de edad promedio, siendo de 75 años en esta investigación y de 77,1 años (desviación estándar [DE] \pm 12) en el estudio de referencia (23).

En otro estudio, se utilizó el cuestionario EAT-10 para calcular una prevalencia de disfagia del 30,1% en una muestra de 73 pacientes provenientes de un centro geriátrico en Valladolid, España. Dentro de este grupo, el 4,5% tenía un diagnóstico previo de disfagia y enfermedad de Parkinson. Además, se observó que el 63,6% de los participantes seguía una dieta normal, mientras que el 18,2% reportaba problemas relacionados con el uso de prótesis dentales (24). La elevada tasa de prevalencia observada podría atribuirse a la edad promedio de la muestra ($88,4 \pm 6,1$ años) en comparación con la de este estudio, dado que el riesgo de disfagia tiende a aumentar con la edad. Estudios previos han infor-

mado que la prevalencia de disfagia podría alcanzar entre el 40% y el 68 % en adultos mayores que residen en unidades de larga estancia (25).

Torres Camacho y colaboradores realizaron un estudio en el que encuestaron a 1777 adultos mayores residentes en centros geriátricos en Barcelona, España, con el objetivo de determinar la prevalencia de disfagia, encontrando una prevalencia del 5,4% (26). Este resultado fue significativamente más bajo que el obtenido en la presente investigación, lo cual podría atribuirse a variaciones en las respuestas de los cuidadores al utilizar una herramienta estandarizada, como el EAT-10, que ha demostrado fiabilidad y validez (6, 27). Un estudio previo también reportó una baja prevalencia de disfagia al aplicar encuestas a los encargados de residencias, encontrando una tasa del 3,6% en este entorno de atención (28). La similitud en estos resultados podría explicarse por el uso de cuestionarios no estandarizados y la subjetividad introducida al incluir a un tercero en la evaluación.

Lindgren y Janzon realizaron un estudio transversal en Suiza, evaluando a 476 sujetos entre 50 y 79 años. El estudio se desarrolló en dos fases: en la primera, aplicaron una encuesta con preguntas muy similares a las de este estudio. Sin embargo, a diferencia del enfoque aquí utilizado, también registraron la duración de los síntomas. Aquellos pacientes cuyos síntomas persistieron por más de una semana fueron invitados a participar en una entrevista y a someterse a exá-

menes de cabeza y cuello. Los resultados mostraron que el 35% de los participantes presentaba al menos un síntoma según el cuestionario, sin diferencias significativas por sexo en relación con ningún síntoma. No obstante, se observó una mayor prevalencia en hombres de edad avanzada (29). En contraste, este estudio encontró una mayor prevalencia en mujeres, aunque esta diferencia no fue estadísticamente significativa.

Ekberg y colaboradores realizaron un estudio transversal en el Reino Unido, España, Alemania y Francia, en el que aplicaron una versión modificada del cuestionario de Gustafsson y Tibbling a 360 pacientes de 55 años o más, con una edad media de 71,6 años. El 67% presentaba enfermedades graves como Parkinson o Alzheimer. Más de la mitad de los pacientes reportó síntomas como la sensación de comida atascada en la garganta, tos o dolor de garganta. Estos resultados son comparables a los de la presente investigación, donde el 60,7% de los pacientes con disfagia presentó tos y el 57,14% sintió que la comida se quedaba pegada, siendo el esfuerzo para tragar sólidos el síntoma más común (82%) (30). Cerca del 55% de los participantes de Ekberg y colaboradores modificaron sus hábitos alimenticios, y el 50% redujo su ingesta de alimentos por malestar. Además, el 44% reportó pérdida de peso en los últimos 12 meses. Aunque el 84% consideraba que comer debería ser placentero, solo el 45% lo percibía así. Un 36% evitaba comer en compañía y, de este grupo, el 40% experimentaba ansiedad durante las comidas.

Las dificultades para tragar pueden ser un síntoma de diversos procesos patológicos y están asociadas con graves consecuencias para la salud, incluyendo desnutrición, deshidratación, neumonía e incluso la muerte. Vivir con disfagia conlleva impactos tanto físicos como emocionales, lo que afecta directamente la calidad de vida. Esta dificultad puede provocar ansiedad y temor, y llevar a muchos pacientes a evitar la ingesta oral, lo que a su vez puede desencadenar desnutrición, aislamiento y depresión (31). Además, se ha observado que una disminución significativa en la ingesta oral afecta negativamente los aspectos funcionales, psicosociales y físicos, así como los relacionados con la alimentación, especialmente en aquellos que requieren cambios drásticos en su dieta o alimentación por sonda (32). En pacientes que han sufrido accidentes cerebrovasculares, la disfagia ha demostrado tener un impacto negativo notable en su calidad de vida (33).

Diversos estudios han identificado relaciones bidireccionales inversas entre la disminución de la calidad de vida y el aumento de la gravedad de la disfagia (34). Estos hallazgos son consistentes con los obtenidos en la escala de calidad de vida utilizada en este estudio, donde, a pesar de que la prevalencia de disfagia fue solo del 14%, no se observó un impacto significativo en la calidad de vida. Sin embargo, esta correlación sugiere que la presencia y la gravedad de la disfagia están asociadas con una disminución en la calidad de vida de los pacientes.

En línea con hallazgos anteriores, Tibbling y Gustafsson realizaron un estudio con 796 personas, en el que observaron

que aquellos con disfagia experimentan una mayor ansiedad durante las comidas y un fuerte deseo de comer en solitario, lo que resulta en una disminución de su calidad de vida (35), concordando con los resultados de la investigación en cuestión. Por otro lado, Verdonschot y colaboradores analizaron la prevalencia de síntomas afectivos en pacientes con disfagia, encontrando que el 37% de los participantes presentaba síntomas de ansiedad, el 32% síntomas depresivos y el 21% ambos, lo que impacta directamente en su calidad de vida (36).

Por otro lado, en relación con la dependencia funcional de estos pacientes, Cabré y colaboradores llevaron a cabo un estudio con 134 individuos mayores de 70 años, en el que encontraron signos clínicos de disfagia en el 55% de los participantes. Además, observaron una puntuación media de 61 en la escala de Barthel, lo que sugiere que se trata de una población frágil. Los investigadores descubrieron que los pacientes con disfagia eran de mayor edad y presentaban un estado funcional inferior (37). Estos hallazgos son consistentes con los resultados de este estudio, los cuales muestran una relación significativa entre la dependencia funcional y la disfagia, lo que resalta la importancia de implementar procesos de prevención y diagnóstico temprano en este grupo poblacional.

Las limitaciones de este estudio incluyen el uso de una encuesta autorreportada, cuya comprensión fue difícil para algunos participantes. La mayoría de los institucionalizados ya recibían una dieta blanda, lo que impidió evaluar su capacidad para ingerir sólidos. Además, la condición clínica de algunos pacientes institucionalizados limitó la muestra en este grupo, y la baja representación de pacientes con enfermedades neurológicas restringe la generalización de conclusiones para este subgrupo.

Conclusiones

Tras el análisis y discusión de los resultados, se ha llegado a una estimación de la prevalencia de la disfagia que concuerda con la media reportada en otros estudios. Además, al realizar un ajuste por edad y sexo, se encontró que el antecedente de hipertensión arterial y la dependencia funcional se asociaron de manera positiva con la disfagia. Se destaca la responsabilidad que recae sobre los profesionales de la salud en la utilización de herramientas de detección estandarizadas, cuya confiabilidad y validez estén comprobadas, con el fin de garantizar resultados precisos y minimizar la variabilidad. Este enfoque facilita la identificación temprana de los signos de disfagia, lo que a su vez contribuye a prevenir la aparición de complicaciones que puedan afectar la salud de los adultos mayores. Por lo tanto, un diagnóstico precoz proporciona la oportunidad de implementar intervenciones por parte de un equipo multidisciplinario y con esto disminuir los costos en salud asociados a la disfagia y sus complicaciones. En futuros estudios, aumentar el tamaño de la muestra y ampliar la representación de diferentes condiciones clínicas podrían generar resultados con mayor significancia estadística, lo que favorece conclusiones más robustas y generalizables.

Agradecimientos

Ninguno.

Financiación

La investigación se desarrolló con recursos propios de la división de investigaciones de la Fundación Oftalmológica de Santander. No se recibieron patrocinios externos, ni recursos del estado.

Conflictos de intereses

No hay conflictos de interés.

Declaración de autoría

Los autores declaran haber revisado y convalidado el manuscrito. Certifican que ningún material contenido en el mismo está incluido en ningún otro manuscrito, ni está sometido a consideración de ninguna otra publicación. Adicionalmente, certifican haber contribuido con el material científico e intelectual, análisis de datos y redacción del manuscrito, y se hacen responsables de su contenido.

Consideraciones éticas

El estudio fue aprobado por los comités de ética e investigación de la Fundación Oftalmológica de Santander (REC referencia:08543/2023). Por la naturaleza observacional del estudio, así como la ausencia de intervenciones sobre pacientes, se considera un estudio sin riesgo; igualmente se ha garantizado la confidencialidad de los datos clínicos de los pacientes basados en el Artículo 11 de la Resolución No. 008430 de 1993, expedida por el Ministerio de Salud.

REFERENCIAS

1. Guzmán MJ, Dulbecco M. Abordaje del paciente con disfagia. Acta Gastroenterológica Latinoamericana. 2020;50(3):42-50.
2. Perry L, Love CP. Screening for dysphagia and aspiration in acute stroke: a systematic review. Dysphagia. 2001;16(1):7-18. doi: 10.1007/pl00021290
3. Kayser-Jones J, Pengilly K. Dysphagia among nursing home residents. Geriatr Nurs. 1999;20(2):77-82; quiz 84. doi: 10.1053/gn.1999.v20.97011.
4. Sheikhany AR, Shohdi SS, Aziz AA, Abdelkader OA, Abdel Hady AF. Screening of dysphagia in geriatrics. BMC Geriatr. 2022;22(1):981. doi:10.1186/s12877-022-03685-1
5. Guan XL, Wang H, Huang HS, Meng L. Prevalence of dysphagia in multiple sclerosis: a systematic review and meta-analysis. Neurol Sci. 2015;36(5):671-81. doi: 10.1007/s10072-015-2067-7
6. Burgos R, Sarto B, Segurola H, Romagosa A, Puiggrós C, Vázquez C, et al. Traducción y validación de la versión en español de la escala EAT-10 (Eating Assessment Tool-10) para el despistaje de la disfagia. Nutr. Hosp. 2012;27(6): 2048-2054. doi: 10.3305/nh.2012.27.6.6100
7. Ariza-Galindo CJ, Rojas Aguilar DM. Disfagia en el adulto mayor. Univ. Med. 2020;61(4):1-12. doi: 10.11144/Javeriana.umed61-4.disf
8. Andrade PA, Santos CAD, Firmino HH, Rosa COB. The importance of dysphagia screening and nutritional assessment in hospitalized patients. Einstein (Sao Paulo). 2018;16(2):eAO4189. doi: 10.1590/S1679-45082018AO4189
9. Möller R, Safa S, Östberg, P. Validación de la traducción al sueco de la herramienta de evaluación de la alimentación (S-EAT-10). Acta Oto-Laryngologica. 2016;136(7), 749-753. doi: 10.3109/00016489.2016.1146411
10. Wolf U, Eckert S, Walter G, Wienke A, Bartel S, Plontke SK, et al. Prevalence of oropharyngeal dysphagia in geriatric patients and real-life associations with diseases and drugs. Sci Rep. 2021;11(1):21955. doi: 10.1038/s41598-021-99858-w
11. Shilimkar Y, Londhe C, Sundar U, Darole P. Dysphagia in Parkinsonism: Prevalence, Predictors and Correlation with Severity of Illness Fasting). J Assoc Physicians India. 2020;68(5):22-25.
12. Ordóñez JS, Martínez Marín JD. Características de la disfagia en pacientes de un centro de gastroenterología en Bogotá D. C., Colombia. Rev Colomb gastroenterol. 2018;33(4):372-8.
13. World Health Organization (WHO). International classification of functioning, disability and health (ICF). WHO, 2001 [citado el 20 de abril 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health>
14. Rommel N, Hamdy S. Oropharyngeal dysphagia: manifestations and diagnosis. Nat Rev Gastroenterol Hepatol. 2016;13(1):49-59. doi: 10.1038/nrgastro.2015.199
15. Belafsky PC, Mouadeb DA, Rees CJ, Pryor JC, Postma GN, Allen J, et al. Validity and reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10). Ann Otol Rhinol Laryngol. 2008;117(12):919-24. doi: 10.1177/0003438940811701210
16. Giraldo-Cadavid LF, Gutiérrez-Achury AM, Ruales-Suárez K, et al. Validation of the Spanish Version of the Eating Assessment Tool-10 (EAT-10spa) in Colombia. A Blinded Prospective Cohort Study. Dysphagia. 2016;3:398-406. doi: 10.1007/s00455-016-9690-1
17. Cid-Ruzafa J, Damián-Moreno J. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. Rev. Esp. Salud Pública. 1997;71(2):127-137.
18. Vera-Villarroel P, Silva J, Celis-Atenas K, Pavez P. Evaluación del cuestionario SF-12: verificación de la utilidad de la escala salud mental. Rev. méd. Chile. 2014;142(10):1275-1283. doi: 10.4067/s0034-98872014001000007
19. Speyer R, Cordier R, Farneti D, Nascimento W, Pilz W, Verin E, et al. White Paper by the European Society for Swallowing Disorders: Screening and Non-instrumental Assessment for Dysphagi in Adults. Dysphagia. 2022;37(2):333-349. doi: 10.1007/s00455-021-10283-7
20. Vanguardia [Internet]. De los 70.635 adultos mayores, el 38% vive en vulnerabilidad. 19 de agosto de 2021 [citado el 24 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.vanguardia.com/area-metropolitana/bucaramanga/de-los-70635-adultos-mayores-el-38-vive-en-vulnerabilidad-LD4140739>
21. Dean AG, Sullivan KM, Soe MM. OpenEpi: Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health, Versión. [actualizado 6 de abril de 2013; acceso 9 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.openepi.com/Menu/OE_Menu.htm
22. Martino R, Foley N, Bhogal S, Diamant N, Speechley M, Teasell R. Dysphagia after stroke: Incidence, diagnosis, and pulmonary complications. Stroke. 2005;36(12):2756-63. doi: 10.1161/01.STR.0000190056.76543.eb

23. De la Huerga Fernández-Bofill T, Hernández de las Heras JL, Llamas Sandino NB. Prevalencia de disfagia orofaríngea en pacientes mayores de 65 años. *Metas Enferm.* 2015;18(9): 49-55.
24. Calvo Gobernado A. Prevalencia de la disfagia en la población de un centro geriátrico [Internet] [Tesis]. Valladolid: Universidad de Valladolid; 2019. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/38305>
25. Patino-Hernández D, Germán Borda M, Venegas Sanabria LC, Chavarro Carvajal DA, Cano-Gutiérrez CA. Disfagia sarcopénica. *Rev Col Gastroenterol.* 2016;31(4):418-423. doi: 10.22516/25007440.117
26. Torres Camacho MJ, Vázquez Perozo M, Parellada Sabaté A, González Acosta ME. Disfagia en ancianos que viven en residencias geriátricas de Barcelona. *Gerokomos.* 2011;22(1):20-24.
27. Fernández-Rosati J, Lera L, Fuentes-López E, Albala C. Validez y confiabilidad del cuestionario Eating Assessment Tool 10 (EAT-10) para detectar disfagia en adultos mayores chilenos. *Rev méd. Chile.* 2018;146(9):1008-1015.
28. Botella Trevelis JJ, Ferrero López MI. Manejo de la disfagia en el anciano institucionalizado: situación actual. *Nutr Hosp.* 2002;17(3):168-174.
29. Lindgren S, Janzon L. Prevalence of swallowing complaints and clinical findings among 50–79-year-old men and women in an urban population. *Dysphagia.* 1991;6(4):187-92. doi: 10.1007/BF02493524
30. Ekberg O, Hamdy S, Woisard V, Wuttge-Hannig A, Ortega P. Social and psychological burden of dysphagia: Its impact on diagnosis and treatment. *Dysphagia.* 2002;17(2):139-46. doi: 10.1007/s00455-001-0113-5
31. Vesey S. Dysphagia and quality of life. *Br J Community Nurs.* 2013;18(Sup5):S14–9. doi: 10.12968/bjcn.2013.18.sup5.s14
32. George RG, Jagtap M. Impact of swallowing impairment on quality of life of individuals with dysphagia. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg.* 2022;74(S3):5473–7. doi: 10.1007/s12070-021-02798-0
33. Al Rjoob M, Hassan NFHN, Aziz MAA, Zakaria MN, Mustafar MFBM. Quality of life in stroke patients with dysphagia: a systematic review. *Tunis Med.* 2022;100(10):664–9.
34. Jones E, Speyer R, Kertscher B, Denman D, Swan K, Cordier R. Health-related quality of life and oropharyngeal dysphagia: A systematic review. *Dysphagia.* 2018;33(2):141–72. doi: 10.1007/s00455-017-9844-9
35. Tibbling L, Gustafsson B. Dysphagia and its consequences in the elderly. *Dysphagia.* 1991;6(4):200-2. doi: 10.1007/bf02493526
36. Verdonschot RJCG, Baijens LWJ, Serroyen JL, Leue C, Kremer B. Symptoms of anxiety and depression assessed with the Hospital Anxiety and Depression Scale in patients with oropharyngeal dysphagia. *J Psychosom Res.* 2013;75(5):451-5. doi: 10.1016/j.jpsychores.2013.08.021
37. Cabré M, Serra-Prat M, Palomera E, Almirall J, Pallares R, Clave P. Prevalence and prognostic implications of dysphagia in elderly patients with pneumonia. *Age Ageing.* 2010;39(1):39-45. doi: 10.1093/ageing/afp100