

# Trastornos de la deglución en personas mayores institucionalizadas en una ciudad del norte de Chile

*Swallowing disorders in nursing home residents in a city in northern Chile*

Katherine Mora Pino<sup>1</sup> 

Liana Oses Gómez<sup>2</sup> 

Emely Peña Molina<sup>3</sup> 

Constanza Rosales Cazenave<sup>4</sup> 

Fernanda Soto Díaz<sup>5</sup> 

- <sup>1</sup> Universidad Santo Tomás, Facultad de Salud, Escuela de Fonoaudiología, Iquique, Chile.  
<sup>2</sup> Ilustre Municipalidad de Pica, Pica, Chile.  
<sup>3</sup> Corporación Arusiña, Iquique, Chile.  
<sup>4</sup> Fonoaudióloga independiente, Iquique, Chile.  
<sup>5</sup> Corporación Ñusta Kori, Iquique, Chile.

## RESUMEN

**Objetivo:** conocer la prevalencia y características de los trastornos de la deglución en personas mayores institucionalizadas en establecimientos de larga estadía en la ciudad de Iquique.

**Métodos:** estudio observacional - descriptivo, compuesto por una muestra de 86 personas mayores institucionalizadas a quienes se les evaluó deglución aplicando una anamnesis alimentaria, el protocolo de deglución MECV-V y la escala de severidad FOIS. Los datos fueron analizados a través de estadística descriptiva.

**Resultados:** se estimó una prevalencia del 70,9% de algún tipo de alteración deglutoria. El rango de edad en que predominan estas dificultades es entre 75 – 90 años.

**Conclusión:** los trastornos deglutorios son altamente prevalentes en personas mayores institucionalizadas, existiendo variabilidad en los grados de severidad. La implementación de protocolos de rutina en centros de larga estadía podría ayudar a detectar y/o prevenir la disfagia y presbifagia entre los residentes.

**Descriptores:** Salud del Anciano Institucionalizado; Anciano; Deglución; Trastornos de Deglución

## ABSTRACT

**Purpose:** to know the prevalence and characteristics of swallowing disorders in older people, institutionalized in nursing homes, in the city of Iquique.

**Methods:** an observational, descriptive study, composed of 86 institutionalized older people, which evaluated for swallowing, by applying a food history, the MECV-V swallowing protocol, and the FOIS severity scale. The data were analyzed through descriptive statistics.

**Results:** a prevalence of 70.9% of some types of swallowing disorders was estimated. The age range in which these difficulties predominate is between 75 and 90 years.

**Conclusion:** swallowing disorders are highly prevalent in institutionalized older people, with variability in the degrees of severity. The implementation of routine protocols in nursing homes could help detect and prevent dysphagia and presbyphagia among residents.

**Keywords:** Health of Institutionalized Elderly; Aged; Deglutition; Deglutition Disorder

Investigación realizada en la Universidad Santo Tomás, Iquique, Chile.

**Fuente de financiamiento:** Nada que declarar

**Conflicto de interés:** Inexistente

### Dirección para correspondencia:

Katherine Mora Pino  
Avenida Héroes de la Concepción 2885  
Codigo Postal:1100000 - Iquique, Chile  
E-mail: kmora5@santotomas.cl

Recibido em 05/12/2023

Recibido en versión revisada el  
01/04/2024

Aceptado en 27/07/2024



© 2024 Mora Pino et al. Este es un artículo publicado en acceso abierto (Open Access) bajo la licencia Creative Commons Attribution, que permite su uso, distribución y reproducción en cualquier medio, sin restricciones siempre y cuando se cite correctamente la obra original.

## INTRODUCCIÓN

La deglución es un proceso mediante el cual los alimentos pasan desde la boca al estómago<sup>1</sup>. Para llevar a cabo este proceso, se necesita integridad física y funcional de las estructuras anatómicas involucradas. Es un acto complejo que implica la realización de secuencias motoras voluntarias e involuntarias<sup>2</sup>, las que se pueden dividir en cuatro fases<sup>3</sup>: a) fase preparatoria: en donde se prepara el bolo gracias a la masticación, los movimientos linguales y la salivación, b) fase oral: en donde el bolo alimenticio es propulsado por la lengua hacia la cavidad faríngea, c) fase faríngea: en donde se desencadena una respuesta motora orofaríngea y d) fase esofágica: en donde gracias a los movimientos peristálticos del esófago, el bolo alimenticio llega al estómago. Cualquier problema que surja de este proceso se considera trastorno de la deglución o disfagia<sup>4</sup>.

La deglución puede verse afectada por varias razones. Una de ellas son los cambios fisiológicos asociados a la edad<sup>5-7</sup>. También puede verse afectada por un compromiso neurológico central y/o periférico, crónico o agudo, entre otros<sup>5-8</sup>.

Los signos y síntomas de las dificultades deglutorias pueden observarse en las distintas etapas de la deglución<sup>7,9</sup>. Cuando se ve afectada la fase preparatoria se puede apreciar reducido cierre labial. También se presenta dificultad de movimiento lingual para formar el bolo. Asimismo, podría fallar la sensibilidad oral, reducido rango de los movimientos laterales y verticales de la mandíbula. Cuando existen dificultades en la fase oral de la deglución, se dificulta la propulsión del bolo alimenticio. De hecho, la lengua podría empujar los alimentos fuera de la cavidad oral (escape anterior). Si se afecta la fase faríngea, podría existir retraso o ausencia de la respuesta motora orofaríngea. Esto es particularmente peligroso ya que aumenta el riesgo de falsas vías<sup>1,7</sup>. También podría haber un inadecuado cierre velofaríngeo y reducida elevación-cierre laríngeo<sup>10</sup>. Una afectación de la fase esofágica podría significar reducida peristalsis esofágica<sup>9,11</sup>. Esto aumenta el riesgo de presentar reflujo gastroesofágico, entre otros síntomas<sup>1,7,9-11</sup>.

Según la etiología, se puede encontrar presbifagia, disfagia neurogénica y disfagia estructural<sup>11</sup>. Se denomina presbifagia a los cambios en el mecanismo deglutorio relacionados con la edad. Ésta consiste en presentar predominantemente lentitud y debilidad en las distintas etapas de la deglución<sup>10</sup>. Estos cambios no siempre son indicativos de un trastorno e incluso

pueden ser funcionales<sup>12</sup>. La disfagia neurogénica se da a consecuencia de lesiones o disfunciones del sistema nervioso central y/o periférico<sup>7,11</sup>. Estas lesiones pueden ser debido a ictus, traumatismos, tumores o enfermedades neurodegenerativas, entre otras<sup>7,8,11</sup>. La disfagia estructural es ocasionada por las alteraciones anatómicas en los órganos deglutorios. En esta se incluyen tumores orales, faríngeos, laríngeos y esofágicos. Asimismo, se incluyen afecciones post radioterapia o post quimioterapia en procesos neoplásicos de cabeza y cuello. Lesiones en la vía aérea superior, traqueostomía y laringectomía parcial también se encuentran en esta categoría<sup>11</sup>.

El proceso de envejecimiento trae consigo una serie de cambios en el sistema estomatognático<sup>1</sup>. Estos cambios pueden repercutir en la funcionalidad de la persona<sup>1,5,9</sup>. Dentro de estos cambios se encuentra la disminución de masa muscular y pérdidas de piezas dentarias<sup>10,12</sup>. Asimismo, se observa disminución de la velocidad y fuerza de los movimientos mandibulares<sup>12</sup>. Este deterioro de estructuras y de algunas funciones, dificulta el tener una deglución segura y eficaz<sup>6</sup>.

Las alteraciones deglutorias en personas mayores son de permanente interés para los profesionales de la salud como también para los usuarios y sus familias ya que se están volviendo más prevalentes<sup>6</sup>. Según Aslam y Vaezi<sup>1</sup>, entre el 16 al 22% de las personas mayores de 50 años tiene disfagia. Un estudio realizado en la ciudad de Chillán, Chile, reportó una prevalencia de presbifagia del 29,5% y disfagia 14,5%<sup>5</sup>. Ambos estudios fueron realizados en personas mayores activas. Las personas mayores que viven en establecimientos de larga estadía (ELEAM) son particularmente vulnerables a presentar este tipo de dificultades<sup>10</sup>. La prevalencia de disfagia en personas mayores institucionalizadas va desde un 13,4<sup>4</sup> a un 52,7%<sup>8</sup>.

Este aumento de la prevalencia puede deberse, entre otras razones, a los cambios demográficos que está viviendo la población mundial. En 2019, se estimó que en Chile vivían 2.260.222 de adultos mayores<sup>13</sup>. Esa cifra corresponde al 11,9% del total de la población del país. Se proyecta que para el año 2035 se llegaría a 3.993.821 personas de 60 años. Esto equivaldría a un 18,9% del total de la población<sup>13</sup>.

Existe una cifra considerable de adultos mayores que se encuentran institucionalizados. Según cifras de Chile Atiende<sup>14</sup>, se estimó que en Chile hay 26.854 adultos mayores posiblemente institucionalizados. La gran mayoría (87%) vive en Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM). Los ELEAM

son servicios residenciales y de cuidados especializados para personas de 60 años o más<sup>14</sup>.

Pese a esta realidad demográfica, en Chile son escasos los estudios epidemiológicos sobre alteraciones deglutorias en personas mayores. Menor aún es la cantidad de estudios que refieran sobre personas institucionalizadas<sup>15</sup>. Particularmente, en la zona norte de Chile se desconocen estos aspectos tan relevantes para la salud pública. Es por ello que el objetivo de esta investigación fue conocer la prevalencia y características de los trastornos deglutorios de personas mayores institucionalizadas en la ciudad de Iquique.

## MÉTODOS

**Diseño:** Se diseñó un estudio observacional-descriptivo. Este tipo de estudios se limita a medir y describir el fenómeno sin manipulación de los investigadores<sup>16</sup>. Esta investigación fue revisada y aprobada por el Comité de Ética Científica de la Universidad Santo Tomás, Chile, bajo el número de protocolo 29-22.

## Participantes

La población correspondió a todas las personas mayores residentes en ELEM establecidos en la ciudad de Iquique. En 2022, existían 7 ELEM, sumando un N=102 residentes. Se realizó un muestro por conveniencia según disponibilidad y acceso. Fueron incluidos aquellos residentes mayores de 60 años que dieron su consentimiento informado para participar de la investigación. En aquellos casos diagnosticados con alguna alteración cognitiva (ej: demencia) se solicitó la autorización del apoderado. Se excluyeron las personas mayores que no fuesen residentes permanentes de los ELEM, que su estado cognitivo, visual y/o auditivo no les permitió adaptarse al procedimiento de evaluación y/o se encontrasen con diagnóstico de COVID-19 al momento de la toma de datos. De esta manera se obtuvo un n=86 participantes (29 hombres y 57 mujeres), con una media de edad de 73,74 años (DS±4,43). Para su posterior análisis, los participantes fueron clasificados en tres grupos etarios: 60-74, 75-90 y 91 o más. Los datos fueron recopilados de julio a octubre de 2022. Cabe señalar que todos los participantes accedieron a ser evaluados de manera voluntaria. Las evaluaciones fueron realizadas en los respectivos ELEM, en una sala de procedimientos acondicionada para la actividad.

## Materiales y procedimiento

Los instrumentos utilizados para la recopilación de los datos fueron: anamnesis alimentaria y de morbilidad, pauta de evaluación de órganos fonarticulatorios (PEOFA), protocolo MECV-V<sup>17</sup> y escala FOIS<sup>18</sup>. Los dos primeros instrumentos fueron creados por el equipo investigador y fue sometida a validación por contenido mediante juicio de expertos. La anamnesis fue respondida por los cuidadores. La aplicación del protocolo MECV-V<sup>17</sup> fue acompañada de un oxímetro de pulso marca yonker™ 80C, jeringa de 20ml, vasos graduados, espesante marca *Enterex* y agua marca *Aquarius* sabor uva. Previo a la recolección de los datos, el equipo investigador/evaluador recibió entrenamiento para la aplicación de los instrumentos. De esta forma se buscó unificar criterios para la toma de decisiones durante la evaluación.

La anamnesis de alimentación y morbilidad tuvo como propósito detectar posibles signos de riesgo deglutorio en las distintas consistencias, especialmente en la consistencia sólida ya que este tipo de consistencia no se encuentra considerada en el MECV-V. Asimismo, se consideró información sobre morbilidad de los participantes (ej: si presentan alguna patología de base) ya que eso incide en el diagnóstico de deglución. El protocolo PEOFA se diseñó y aplicó con el propósito de identificar el estado anatómico y funcional de los órganos implicados en la deglución y detectar cambios asociados a la edad.

Luego de la anamnesis de alimentación y protocolo PEOFA, se aplicó el MECV-V<sup>17</sup>. Este instrumento busca detectar signos de disfagia mediante la administración de diferentes consistencias y volúmenes. Se evalúan las consistencias néctar, líquido y pudding en volúmenes de 5, 10 y 20ml. Si durante la administración de consistencia néctar o líquido se presentan signos de alteración de la seguridad, se debe pasar a consistencia pudding. Se detiene la evaluación si se presentan signos de alteración de la seguridad en esta última consistencia, tal como lo indican sus autores<sup>17</sup>. Los signos de alteración de la eficacia, tales como escape anterior, dificultades de propulsión del bolo alimenticio, etc. se registran en el protocolo, pero no impiden avanzar.

Para determinar el nivel de severidad de la deglución de cada participante se utilizó la Escala FOIS<sup>18</sup>. Esta escala proporciona 7 niveles de desempeño deglutorio, siendo el nivel 1 la restricción total de alimentación por vía oral y el nivel 7 sin restricciones de alimentación por boca<sup>18</sup> (Tabla 1). Para determinar el desempeño

deglutorio se consideraron tanto los resultados de MECV-V como también lo reportado en la anamnesis de alimentación y protocolo PEOFA. Las etiquetas diagnósticas utilizadas para clasificar las alteraciones deglutorias encontradas fueron las siguientes: deglución normal<sup>11</sup>, disfagia neurogénica<sup>19</sup> y presbifagia<sup>20</sup> según los siguientes criterios: se consideró como disfagia neurogénica a aquellas dificultades

deglutorias, con o sin riesgo de falsa vía, en aquellas personas con patología neurológica de base (ej: ictus, enfermedad neurodegenerativa). Se consideró presbifagia a aquellos signos de afectación deglutoria asociados a la edad, pero sin patología neurológica de base (ej: lentitud y debilidad en las distintas etapas de la deglución, sequedad oral, tiempo que tarda en comer, exclusión de alimentos)<sup>5,10</sup>.

**Tabla 1.** Niveles de severidad de la Escala FOIS<sup>18</sup>

Nivel	Descriptor
1	Nada por vía oral.
2	Dependiente de vía enteral, con mínima ingesta oral de algún alimento o líquido.
3	Dependiente de vía enteral, con alimentación oral de alimento o líquidos consistentes.
4	Alimentación completamente por vía oral con una única consistencia
5	Alimentación completamente por vía oral con múltiples consistencias, pero requiere de una preparación especial y compensaciones.
6	Alimentación completamente por vía oral. No requiere preparación especial, pero presenta restricciones específicas de algunos alimentos.
7	Alimentación completamente por vía oral son restricciones.

Para la tabulación y ordenamiento de los datos se utilizó una planilla excel. El análisis descriptivo de los datos se realizó mediante el programa SPSS v19, obteniendo medidas de tendencia central (media, moda) con sus respectivas medidas de dispersión. La prevalencia de alteraciones deglutorias fue calculada mediante la razón  $a/(a+b)$ <sup>21</sup>. En este sentido, a=número de personas mayores institucionalizados que presentaron algún tipo de alteración de la

deglución y b=número de personas mayores institucionalizados con deglución sin alteración.

## RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados de la investigación. La Tabla 2 permite visualizar la caracterización de los participantes según sexo y grupo etario. El grupo etario mayoritario corresponde al rango de edad de 60-74 años. En cuanto al sexo, la muestra estuvo constituida principalmente por mujeres.

**Tabla 2.** Caracterización de los participantes según sexo y grupo etario

Rango de Edad	Sexo		Total	
	H	M	n	%
60 – 74 años	19	25	44	51,2
75 – 90 años	7	24	31	36,0
91 o más	3	8	11	12,8
Total	29	57	86	100

Leyenda: H = hombres; M = mujeres; n = número; %= porcentaje respecto del total

Según la anamnesis alimentaria y de morbilidad, la gran mayoría de los participantes presenta algún tipo de patología de base diagnosticada (n=90,9%), ya sea

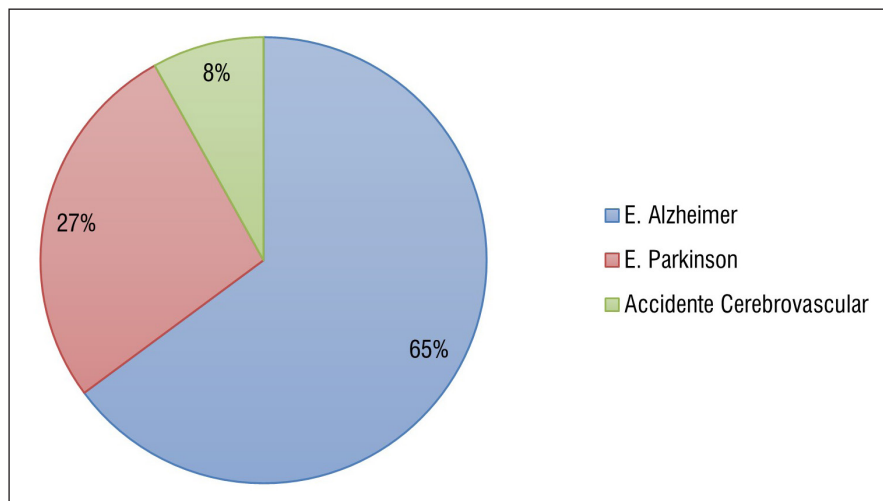
neurogénica, enfermedad crónica no transmisible o ambas (Tabla 3).

**Tabla 3.** Caracterización de los participantes según rango etario y morbilidad

Rango de Edad	Morbilidad							
	Solo ECNT*		Sólo Patología Neurológica*		Ambas condiciones		Sin patologías de base	
	n	%	n	%	n	%	n	%
60 – 74 años	4	9,1	6	13,7	30	68,1	4	9,1
75 – 90 años	0	87,1	2	6,4	25	80,6	4	12,9
91 o más	0	0,0	1	9,1	10	90,9	0	0,0
Total	4	4,7	9	10,4	65	75,6	8	9,3

Legenda: ECNT = enfermedades crónicas no transmisibles; n = número; % = porcentaje respecto del total

En la Figura 1 se puede apreciar que la Enfermedad de Alzheimer es el diagnóstico neurológico predominante, con un 65%.



**Figura 1.** Frecuencia de diagnósticos neurológicos de base

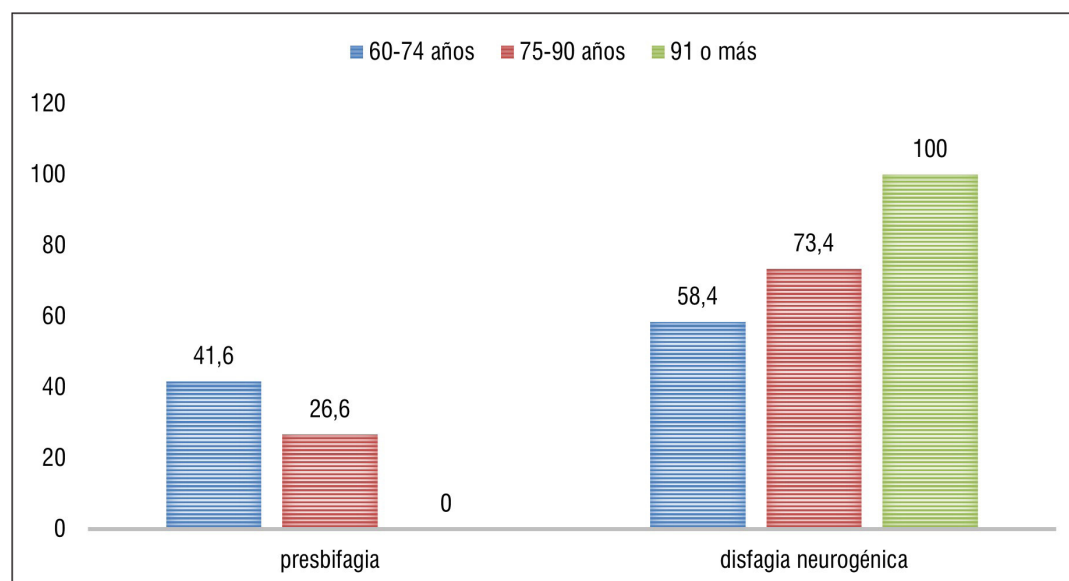
Respecto de la prevalencia, (Tabla 4) se pudo determinar que un 70,9% de las personas mayores institucionalizadas presenta algún tipo de alteración de la deglución. El rango de edad con mayor prevalencia

fue el de 75-90 años (90,3%). De los participantes que presentan algún diagnóstico deglutorio, se obtuvo que la disfagia neurogénica es la predominante en los tres rangos etarios (Figura 2).

**Tabla 4.** Resultados de la evaluación deglutoria según rango de edad

Rango de edad	Deglución sin signos de alteración (n)	Deglución alterada (n)	Prevalencia (%)
60 – 74 años	20	24	54,5
75 – 90 años	3	28	90,3
91 o más	2	9	81,8
Total	25	61	70,9

Leyenda: n = número; % = porcentaje respecto del total

**Figura 2.** Distribución (%) del diagnóstico deglutorio según rango de edad

El tipo de alteración deglutoria que presentan los participantes y el grado de funcionalidad se resumen en la Tabla 5.

**Tabla 5.** Diagnóstico de deglución y grado de funcionalidad según escala FOIS<sup>18</sup>

Diagnóstico de deglución <sup>11,19,20</sup>	Nivel de Funcionalidad							Total (n)	%
	1	2	3	4	5	6	7		
Deglución normal							25	25	29,1
Presbifagia					4	10		14	16,3
Disfagia neurogénica		2	6	15	17	7		47	54,6

Leyenda: n = número; % = porcentaje respecto del total

Respecto de las características deglutorias y del proceso de alimentación que presentaron las personas mayores con dificultades deglutorias (Tabla 6), destaca que en la gran mayoría se reporta presencia de tos

después de deglutir líquidos (n=77%), sequedad oral (n=88,5%) y necesidad de modificación de las consistencias de los alimentos que consume (n=81,9%).

**Tabla 6.** Características del proceso deglutorio-alimentario de los participantes con alteraciones deglutorias (n=61)

Característica	n	%
Alimentación enteral	0	0,0
Alimentación parenteral	1	1,6
Modificación de consistencias	50	81,9
Independencia al comer	21	34,4
Presenta tos después de beber líquidos	47	77,0
Dificultades para masticar alimentos sólidos	25	40,9
Sequedad bucal	54	88,5
Escape de alimento	43	70,5
Falta de piezas dentales	57	93,4
Come sentado en el espacio destinado para ello	51	83,6
Persona postrada, come en la cama en posición horizontal	10	16,4

Leyenda: n = número; % = porcentaje respecto del total

## DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio permitieron determinar la prevalencia y características de las alteraciones deglutorias en personas mayores institucionalizadas en la ciudad de Iquique.

Este estudio arrojó que un 70,9% de los participantes presenta alguna dificultad deglutoria. Si sólo se toma el diagnóstico de disfagia neurogénica, la prevalencia es de un 54,6%. Este resultado es considerablemente alto respecto de investigaciones internacionales. Un estudio sueco reportó que el 14,9% de los adultos mayores institucionalizados en ese país presenta disfagia orofaríngea<sup>22</sup>. Sin embargo, la investigación sueca difiere metodológicamente con este estudio ya que los autores<sup>22</sup> aplicaron una encuesta a los cuidadores de las personas institucionalizadas y no realizaron evaluación clínica de la deglución como tal.

El proyecto SHELTER<sup>3,23</sup>, en donde fueron evaluados 3.451 personas mayores institucionalizadas en Europa e Israel, arrojó una prevalencia de disfagia de 30,3%. El estudio SHELTER y este estudio evidencian la alta prevalencia de alteraciones deglutorias en población mayor institucionalizada. De hecho, el estudio SHELTER además midió la mortalidad asociada a disfagia. Se reportó que los sujetos con disfagia tienen una tasa de mortalidad significativamente mayor. (31,3% vs 17,0%,  $p = 0,001$ )<sup>23</sup>. Sin embargo, el estudio SHELTER no consideró la detección de presbifagia.

Un estudio realizado en residentes de ELEAM en diecinueve países de Europa y América del Norte informó datos de prevalencia de disfagia del 13,4%<sup>4</sup>. Sin embargo, cuando se utilizó la evaluación clínica para detectar la presencia de disfagia, se estimó que

la prevalencia llegaba al 52,7% en adultos mayores en residencias de ancianos<sup>6</sup>, obteniendo valores similares a los arrojados en esta investigación.

Para reafirmar las heterogéneas cifras epidemiológicas reportadas en la literatura respecto de esta temática, una revisión sistemática<sup>24</sup> informó que los datos de prevalencia de disfagia en este tipo de residencias oscilaban entre el 7 y el 40%<sup>24</sup>.

Al momento de esta investigación, ningún ELEAM de la ciudad de Iquique contaba con profesional especializado (ej: fonoaudiólogo) que pueda realizar una evaluación clínica de la deglución de manera periódica. Situación similar reportan en Noruega<sup>23</sup>. Las autoras mencionan que un 75% de las residencias para personas mayores no realizan evaluaciones deglutorias de manera rutinaria y/o preventiva<sup>19</sup>.

Respecto de los diagnósticos neurológicos de base, los residentes de ELEAM de este estudio tienen características similares a los estudios internacionales. El estudio noruego<sup>19</sup> refiere como principales patologías de base ACV y demencia. Un estudio sueco<sup>22</sup> reporta que un 70% de los participantes presentan alteración cognitiva e incluso lo asocia a la presencia de disfagia en personas mayores institucionalizadas. El estudio SHELTER reporta que, de los participantes de su estudio, un 54,5% presentó demencia, un 7,4% enfermedad de Parkinson y un 24,2% accidente cerebrovascular.

En cuanto a las características del proceso deglutorio-alimentario de los participantes con alteraciones deglutorias, una de las más frecuentes fue la presencia de tos después de beber consistencia líquida (77%). El estudio de Engh y Speyer<sup>19</sup> también reporta que un 96% de participantes presenta este signo de alteración

deglutoria. Caso parecido sucede con la falta de piezas dentales, donde en este estudio se encontró en un 93,4% de los participantes y el estudio noruego reporta un 70%.

## Limitaciones

El *gold standar* para la evaluación de la deglución es la videofluoroscopia<sup>7,11</sup>. Sin embargo, este procedimiento es de difícil acceso en la ciudad donde se realizó el estudio, razón por la que solamente se utilizó evaluación clínica.

Dado que no hay test específicos para diagnóstico de presbifagia, en este estudio se aplicó una anamnesis de alimentación y morbilidad y el MECV-V<sup>17</sup>. Sin embargo, este último no incluye la evaluación para sólidos, por lo que la prevalencia de presbifagia podría ser mayor si se realizara un estudio que incluya esta consistencia<sup>5</sup>.

En la literatura revisada, no se encontró referencia de estudios donde se considere el nivel de funcionalidad de la deglución en este tipo de participantes, por lo que no fue posible comparar los resultados.

## CONCLUSIÓN

La prevalencia de trastornos en adultos mayores institucionalizados en la ciudad de Iquique fue de 54,5% en adultos de 60 a 74 años, de 90,3% en adultos de 75 a 90 años y de 81,8% en personas de 91 años o más. En todos los grupos, el diagnóstico deglutorio predominante fue la disfagia neurogénica, ya sea por presentar patología de base neurodegenerativa o accidente cerebrovascular.

Basado en los resultados de este estudio, se puede deducir que la detección de trastornos de deglución en personas mayores institucionalizadas no es una práctica común. Esto es preocupante ya que al realizar evaluaciones deglutorias de forma temprana, oportuna y periódica se puede prevenir, revertir y/o disminuir la severidad de las alteraciones deglutorias. De esta forma se repercute directamente en el aumento de la calidad de las personas institucionalizadas.

Dada la alta prevalencia de alteraciones deglutorias en la población de este estudio, se vuelve relevante contar con fonoaudiólogos dentro del equipo multiprofesional de los ELEAMs. El abordaje de las características de las alteraciones deglutorias encontradas en este estudio, por ejemplo: modificación de consistencia y tos después de beber líquidos, deben ser abordadas

por fonoaudiólogos, que son los profesionales competentes y capacitados en este ámbito.

Debido a la heterogeneidad metodológica de las investigaciones reportadas en la literatura como también de la evaluación para la detección de disfagia, es que las cifras varían ampliamente a nivel mundial.

Aunque la presbifagia y disfagia en la población de edad avanzada tiene una alta prevalencia y las consecuencias podrían ser graves, se considera que están infradiagnosticadas y que se hace necesario seguir levantando datos epidemiológicos a nivel nacional, tanto en personas mayores institucionalizadas como activas.

## AGRADECIMIENTOS

A la colaboración de la Sociedad Chilena de Fonoaudiología, a la fonoaudióloga Catia Quiñenao Subieta, a todos los ELEAMs que nos abrieron sus puertas y a todas las personas mayores que accedieron a participar, haciendo que este estudio fuese posible de realizar.

## REFERENCIAS

1. Aslam M, Vaezi MF. Dysphagia in the elderly. *Gastroenterol Hepatol*. 2013;9(12):784-95. [www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3999993/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3999993/) PMID: 24772045.
2. González C, Casado M, Gómez A, Pajares S, Dávila R, Barroso L et al. Guía de nutrición de personas con disfagia. 1ra ed. Madrid: INMERSO; 2017.
3. Marks L, Rainbow D. Working with dysphagia. 1st ed. London: Routledge; 2001.
4. Streicher M, Wirth R, Schindler K, Sieber CC, Hiesmayr M, Volkert D. Dysphagia in nursing homes - results from the nutritionday project. *J Am Med Dir Assoc*. 2018;19(2):141-7. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2017.08.015> PMID: 29030310.
5. Barrón-Pavón V, Artiaga C, Higuera V, Rodríguez-Fernández A, García-Flores V, Sanhueza-Garrido M et al. Ingesta alimentaria y presbifagia en adultos mayores activos de la comunidad de Chillán, Chile. *Rev. chil. nutr.* 2020;47(4):580-7. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182020000400580>
6. Park Y-H, Han H-R, Oh B-M, Lee J, Park J, Yu S-J et al. Prevalence and associated factors of dysphagia in nursing home residents. *Geriatr Nurs*. 2013;34(3):212-7. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2013.02.014> PMID: 23528180.
7. Venegas M, Navia R, Fuentealba I, Diez de Medina M, Kunstmann P. Manejo hospitalario de la persona mayor con disfagia. *Rev Med Clin Las Condes*. 2020;31(1):50-64. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2019.09.005>
8. González R, Bevilacqua J. Disfagia en el paciente neurológico. *Rev Hosp Clín Univ Chile*. 2009;20(3):252-62. <https://www.redclinica.cl/Portals/0/Users/014/14/14/Publicaciones/Revista/difagia.pdf>



9. Eslick GD, Tally NJ. Dysphagia: Epidemiology, risk factors and impact on quality of life - A population-based study. *Aliment Pharmacol Ther.* 2008;27(10):971-9. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2036.2008.03664.x> PMID: 18315591.
10. Dell'Aquila G, Peladic NJ, Nunziata V, Fedecostante M, Salvi F, Carrieri B et al. Prevalence and management of dysphagia in nursing home residents in Europe and Israel: The SHELTER Project. *BMC Geriatrics.* 2022;22(1):719. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03402-y> PMID: 36042405 PMCID: PMC9429699.
11. Cámpora H, Falduti A. *Deglución de la A a la Z*. 2da ed. Buenos Aires: Ed. Journal; 2019.
12. Schindler JS, Kelly JH. Swallowing disorders in the elderly. *Laryngoscope.* 2002;112(4):589-602. <https://doi.org/10.1097/00005537-200204000-00001> PMID:12150508.
13. Instituto Nacional de Estadísticas. Chile [Webpage em la internet]. Population projections. 2020 [accedido 3 nov 2023]. Disponible en: <https://www.inec.cl/estadisticas/sociales/demografia-yvital/proyecciones-de-poblacion>
14. Chile Atiende [Webpage em la internet]. Establecimientos de larga estadía para adultos mayores. 2021 [accedido 3 nov 2023]. Disponible en: <https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/9655-establecimientos-de-larga-estadia-para-adultos-mayores-eleam>
15. Marín P, Guzmán J, Araya A. Adultos mayores institucionalizados en Chile: ¿Cómo saber cuántos son? *Revista médica de Chile.* 2004;132(7):832-8 <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872004000700007>
16. Manterola C, Otzen T. Estudios observacionales, los estudios diseños utilizados con mayor frecuencia en investigación clínica. *Int. J. Morphol.* 2014;32(2):634-45. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95022014000200042>
17. Clavé P, Arreola V, Romea M, Medina L, Palomera E, Serra-Prat M. Accuracy of the volume-viscosity swallow test for clinical screening of oropharyngeal dysphagia and aspiration. *Clinical Nutrition.* 2008;27(5):806-15. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2008.06.011> PMID: 18789561.
18. Crary MA, Carnaby Mann GD, Groher ME. Initial psychometric assessment of a functional oral intake scale for dysphagia in stroke patients. *Arch Phys Med Rehabil.* 2005;86(8):1516-20. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2004.11.049> PMID:16084801.
19. Engh M, Speyer R. Management of dysphagia in nursing homes: A national survey. *Dysphagia.* 2022;37(2):266-76. <https://doi.org/10.1007/s00455-021-10275-7> PMID: 33660070; PMCID: PMC8948132.
20. Muhle P, Suntrup-Krueger S, Wirth R, Warnecke T, Dziewas R. Schlucken im alter: Physiologische veränderungen, schluckstörungen, diagnostik und therapie [Swallowing in the elderly: Physiological changes, dysphagia, diagnostics and treatment]. *Z Gerontol Geriatr.* 2019;52(3):279-89. <https://doi.org/10.1007/s00391-019-01540-4>
21. Fuentes ME, del Prado N. Medidas de frecuencia y de asociación en epidemiología clínica. *Anales de Pediatría Continuada.* 2013;11(6):346-9. [https://doi.org/10.1016/S1696-2818\(13\)70157-4](https://doi.org/10.1016/S1696-2818(13)70157-4)
22. Hägglund P, Gustafsson M, Lövheim H. Oropharyngeal dysphagia and associated factors among individuals living in nursing homes in northern Sweden in 2007 and 2013. *BMC Geriatrics.* 2022;22(421):1-11. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03114-3> PMID: 35562667 PMCID: PMC9107260.
23. Onder G, Carpenter GI, Finne-Soveri H, Gindin J, Frijters D, Henrard JC et al. Assessment of nursing home residents in Europe: The Services and Health for Elderly in Long Term care (SHELTER) study. *BMC Health Serv Res.* 2012;9(12):5. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-5> PMID: 22230771; PMCID: PMC3286368.
24. Namasivayam AM, Steele CM. Malnutrition and dysphagia in long-term care: A systematic review. *J Nutr Gerontol Geriatr.* 2015;34(1):1-21. <https://doi.org/10.1080/21551197.2014.1002656> PMID: 25803601.

#### Contribuciones de los autores:

KMP: Conceptualización; Análisis formal; Investigación; Metodología; Supervisión; Redacción del borrador original; Redacción - revisión y edición.

LOG, EPM: Conceptualización; Curación de datos; Investigación; Recursos; Redacción del borrador original.

CRC: Conceptualización; Curación de datos; Redacción del borrador original.

FSD: Conceptualización; Análisis formal; Redacción del borrador original.

#### Declaración de intercambio de datos

No se compartirán datos individuales de los participantes no identificados. Estarán disponibles las pautas de evaluación utilizadas inmediatamente después de la publicación hasta los 3 años posteriores. Para ello deberán solicitarlos a la autora de correspondencia al correo [kmora5@santotomas.cl](mailto:kmora5@santotomas.cl)