



**FACULTAD DE FARMACIA
UNIVERSIDAD COMPLUTENSE**

**TRABAJO FIN DE GRADO
DISFAGIA EN EL TRATAMIENTO DE UN
CENTRO PSIQUIÁTRICO**

Autor: FLOR FÁTIMA HUAYTA PÉREZ

Tutor: PILAR GONZALEZ PRIETO

SUMARIO

Contenido

SUMARIO.....	2
RESUMEN Y AGRADECIMIENTOS.....	3
ABSTRACT.....	3
INTRODUCCIÓN.....	4
DISFAGIA. DEFINICIÓN.....	4
PREVALENCIA.....	6
FACTORES DE RIESGO.....	7
COMPLICACIONES.....	8
DIAGNÓSTICO.....	9
TRATAMIENTO.....	11
DISFAGIA SECUNDARIA A FÁRMACOS.....	12
MEDICAMENTOS.....	13
OBJETIVOS.....	15
METODOLOGÍA.....	15
RESULTADOS.....	16
CONCLUSIONES.....	17
BIBLIOGRAFÍA:.....	18

RESUMEN Y AGRADECIMIENTOS.

Podemos definir la Disfagia, como la dificultad para la deglución o de una forma más coloquial, como problemas para el paso de los alimentos desde la boca hasta el estómago. Este problema se encuentra con mayor probabilidad en un paciente con patología neurológica debido al deterioro cognitivo y por ende al uso de psicofármacos, sumándole a estos factores, el envejecimiento.

En este trabajo, hemos realizado un estudio de la disfagia y su relación con la toma de medicamentos antipsicóticos, avalando la importancia del diagnóstico de ese problema y su tratamiento. Estudiando los psicofármacos relevantes en las prescripciones de los pacientes y su asociación a las patologías causantes de la disfagia. Es de vital importancia la funcionalidad conjunta de todos los profesionales sanitarios, que permitiría conocer la función cognitiva del paciente, mejorar la educación sanitaria del mismo, y realizar un seguimiento en el tratamiento en este grupo de personas.

Mi profundo agradecimiento a Pilar González Prieto, como tutora y responsable del Servicio de Farmacia y a todo el personal del Centro Asistencial Benito Menni, por su amabilidad y hospitalidad que he recibido durante mi periodo de prácticas.

Palabras clave: EEI (esfínter esofágico inferior), pacientes psicogerítricos, psicofármacos, FEAD (Federación Española del Aparato Digestivo).

ABSTRACT

We can define the Dysphagia, as the difficulty for swallowing or in a more colloquial way, as the problems for the passage of the meals from the mouth to the stomach. This problem is more likely in a patient with neurological disease due to cognitive impairment and therefore the use of psychotropic drugs, adding to these factors, aging.

In this work, we have conducted a study of dysphagia and its relationship with the taking of antipsychotic drugs, endorsing the importance of diagnosing this problem and its treatment. Studying the relevant psychotropic drugs in the prescriptions of patients and their association to the pathologies causing dysphagia. The joint functionality of all health services is of vital importance, which would allow knowing the cognitive function of the patient, improving the health education of the patient and monitoring the treatment in this group of people.

Key words: LOS(lower esophageal sphincter), psychogeriatric patients, psychodrugs, FEAD (Spanish Federation of Gastroenterology).

INTRODUCCIÓN

DISFAGIA. DEFINICIÓN

La disfagia se refiere a la dificultad para deglutir. Su presencia puede indicar una enfermedad orgánica o una alteración funcional que modifica el acto de la deglución. Puede ser un síntoma constante o intermitente, dependiendo de la etiología.

La disfagia representa el síntoma más común y en muchas ocasiones el único de las enfermedades esofágicas, aunque no se presenta sólo en trastornos esofágicos, sino en enfermedades bucofaríngeas, respiratorias, neurológicas, enfermedades del colágeno. Puede intervenir la acción de ciertas toxinas y fármacos que se deben considerar como agentes de quimioterapia, neurolépticos. La disfagia representa un síntoma que puede aumentar el riesgo de broncoaspiración, además de traer de manera secundaria desnutrición y deshidratación al no permitir la vía oral. y presentar problemas con la deglución.

La disfagia es un síntoma que guarda estricta relación con el acto de deglutir, presentándose de esta manera con la deglución o pocos minutos después de ésta; por tal motivo, es importante el entendimiento del proceso de la deglución, el cual se lleva a cabo en cuatro fases: preparación oral, transferencia oral (de manera voluntaria), transferencia faríngea y transferencia esofágica (fase involuntaria).⁽¹⁾

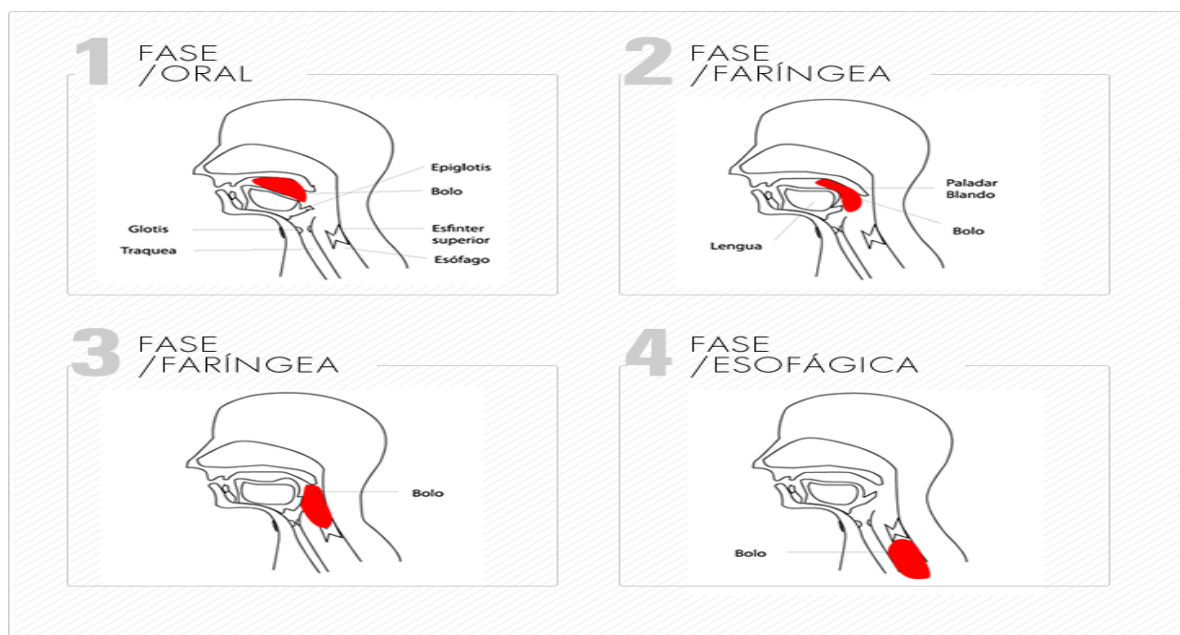


Imagen 1. Pasos de la deglución. Publicado en el artículo Disfagia/Cuidado de personas en difagiavegenat.es.

Como ya hemos visto, la disfagia se define como la sensación de dificultad de paso del bolo alimenticio durante el acto de la deglución. La anamnesis detallada es fundamental para diferenciar la disfagia, es fundamental para diferenciar la disfagia de otros síntomas parecidos. Así, no hay que confundirla con la negación de tragar o con la dificultad para iniciar la deglución.²

Es importante no confundir la disfagia con los siguientes conceptos:

- **Afagia:** Se refiere a la obstrucción esofágica completa, siendo ocasionada con frecuencia por el impacto del bolo alimentario (esta es una emergencia médica).
- **Odinofagia:** Dolor que se produce por la deglución, muchas veces acompaña a la disfagia.
- **Globo faríngeo:** Es la sensación de atascamiento de una masa en la faringe, pero el paciente no manifiesta obstrucción al paso del alimento.
- **Fagofobia:** Es el miedo que manifiestan algunas personas para deglutir.^{(2), (3)}

En términos generales podríamos clasificar la disfagia de la siguiente manera:

➤ **Según el origen:**

1. Disfagia motora: Se debe a la alteración o incoordinación de los mecanismos de la deglución, y se puede producir tanto con la ingesta de líquidos como de sólidos.
2. Disfagia mecánica u obstructiva: Se produce por la estenosis de la luz esofágica, ya sea intrínseca o extrínseca y se manifiesta fundamentalmente con la ingesta de sólidos.⁴

➤ **Según el área que afecta**

1. Disfagia orofaríngea: anomalías que afectan al mecanismo muscular de la faringe y al esfínter esofágico superior (EES). Las personas que lo padecen suelen tener salivación excesiva, lentitud para iniciar deglución, tos, vuelta del alimento a la nariz, cambios en el habla y es más habitual que tengan problemas para ingerir líquidos.
2. Disfagia esofágica: se da cuando la dificultad para tragar se en el esófago y suele presentar sensación de obstrucción en el área superior a la entrada del estómago o dolor torácico y suele ser más habitual que se presenten problemas para ingerir sólidos.¹¹

PREVALENCIA

La mayoría de la literatura científica sobre prevalencia de disfagia está en relación con causas neurológicas de la misma, por lo que las cifras de prevalencia varían mucho en relación a la población general. Por este motivo el acercamiento a la epidemiología de la disfagia habrá que realizarlo en función de la población participante en los estudios que ofrecen datos al respecto.

Según los datos recogidos en el *British Medical Journal* ⁶, en una población con sujetos institucionalizados ⁵ mayores de 87 años existe una prevalencia del 16%. Estos datos se reafirman con otro estudio que fue publicado en la *Gaceta Sanitaria* de la *Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS)* ⁷ en el que se encontró una prevalencia de disfagia de 17,3% en pacientes con una media de edad de 80 años.

Sin embargo, estas cifras aumentan considerablemente cuando se incluye población mayor de 60 años con una patología como es la neumonía, se obtienen cifras de prevalencia entre 54-55,2%. Otro ensayo que obtiene unas cifras de prevalencia similares, concluye que los pacientes con disfagia son de más edad, presentan peor estado funcional y una mayor prevalencia de malnutrición y comorbilidad, y sobre todo presentan una mayor mortalidad a los 30 días y al año de seguimiento. ⁸

Por último en la revista de *Societat Catalana de Geriatria i Gerontologia*, se hizo estudio observacional transversal de 182 pacientes que acudieron a consultas externas de psicogeriatría. Se valoró la prevalencia de disfagia en esta población con deterioro cognitivo mediante el cuestionario EAT-10 y el test clínico del método del volumen-viscosidad. De los pacientes incluidos más del 40% (41,3%) presentaban disfagia orofaríngea. La presencia de disfagia se asoció de manera significativa con un mayor deterioro en la capacidad funcional (índice de Barthel¹³), en la función cognitiva (MEC) y con un estadio evolutivo de la demencia (GDS) más avanzado.

FACTORES DE RIESGO

Debido al envejecimiento natural y al desgaste normal del esófago, los adultos mayores presentan un mayor riesgo de tener dificultades para tragar. Hallazgos en la comparación entre adultos mayores sanos y adultos jóvenes lo corroboraron.¹⁴

Además con la edad aumenta el riesgo de padecer determinadas afecciones, como un accidente cerebrovascular o la enfermedad de Parkinson. La presentación de la disfagia a menudo se asocia con síntomas parkinsonianos.¹⁰

También la enfermedad de Alzheimer (EA) o demencia, es otro factor que en el que la disfagia se presenta habitualmente en fases avanzadas y con frecuencia en el paciente que está institucionalizado. (^{9, 12})

Disfagia en pacientes con patología oncológica, como los tumores de cabeza y cuello suelen acompañarse de disfagia por afectación muscular y nerviosa y por los efectos secundarios de los tratamientos antineoplásicos (mucositis por radioterapia y toxicidad mucosa por quimioterapia). En el caso del carcinoma esofágico, la disfagia a sólidos de corta evolución y progresiva puede ser el primer síntoma de sospecha.

En los casos de enfermedad oncológica avanzada la disfagia puede empeorar por el componente de astenia asociado, la xerostitis por efectos secundarios del tratamiento y la debilidad muscular generalizada con un mayor riesgo de broncoaspiraciones.¹⁵

Tabla 3. Disfagia en la población anciana según patologías

Patología	Frecuencia
Accidente vascular cerebral	43-60%
Enfermedad de Parkinson	35-50%
Enfermedad de Alzheimer	45-50%
Neoplasias de cabeza y cuello	59%

Imagen 2. La prevalencia de la disfagia en la población anciana según patologías. Tabla obtenida del Tratado de Geriátrica para residentes, pag. 546.

Los pacientes con disfagia presentan normalmente un índice de Barthel más bajo, lo cual implica a nivel funcional, un grado de autonomía más bajo, una Escala de

Deterioro Global (GDS) de demencia más elevada. Tienen deterioros cognitivos y demencia de carácter más evolucionado, por lo cual realizan un mayor uso de psicofármacos que se ve asociado con un mayor porcentaje de disfagia.

Los pacientes envejecidos que acuden a consultas de psicogeriatría llevan en su mayoría psicofármacos para control de alteraciones conductuales siendo su administración causa y consecuencia de disfagia. Algunos autores han sugerido que los fármacos antipsicóticos a través de sus efectos extrapiramidales, o bien por la aparición de discinesias, podrían ser causa de disfagia orofaríngea¹¹; esto lo desarrollamos más detenidamente en el apartado de disfagia secundaria a fármacos.

Otras enfermedades serían factores que desencadenan diferentes tipos de disfagia; como Infecciones bacterianas, candidiasis, herpéticas, tumores del sistema nervioso central, demencias, esclerosis múltiple, esclerosis lateral amiotrófica (ella); distrofias musculares. Miastenia gravis, acalasia cricofaríngea. Éstos pueden desencadenar disfagia orofaríngea; siendo esta la más frecuente en la población anciana.

Entre enfermedades que desencadenan la disfagia esofágica encontramos: Esofagitis por reflujo gastroesofágico, tumores esofágicos, esofagitis eosinofílica, anillos esofágicos, acalasia, espasmo esofágico difuso.¹⁵

COMPLICACIONES

La disfagia puede pasar clínicamente desapercibida y hacerse más evidente con la aparición de complicaciones como la neumonía por aspiración (NA)^{16,17} e infecciones respiratorias de repetición. Ambos procesos se acompañan de una gran morbimortalidad en esta población.

Los patógenos que contaminan la nasofaringe y la orofaríngea son los causantes de la NA. Los más comunes son *Haemophilus influenzae* y *Streptococcus pneumoniae*, pero en las personas ancianas las vías aéreas superiores pueden estar colonizadas por bacterias gramnegativas aerobias (enterobacterias y *Pseudomonas aeruginosa*) y cocos grampositivos, como *Staphylococcus aureus*.¹⁸

Esta dificultad para la deglución puede dar lugar también a la aparición de problemas de deshidratación, al no poder ingerir los líquidos de forma adecuada, pérdida de peso y problemas de desnutrición.¹⁹ Por lo que, se necesita en algunos casos de utilización de medios de nutrición artificial (sonda nasogástrica, gastrostomía).

Todo esto genera dependencia, aislamiento social y mayor carga de cuidados, institucionalización.

DIAGNÓSTICO

Se debe establecer una valoración del grado de disfagia para así individualizar el tratamiento: determinar qué tipo de textura, consistencia y volumen es más adecuado para el paciente y así asegurar una deglución segura y eficaz.

El diagnóstico comienza con una exploración clínica a pie de cama o consulta externa que se puede completar o no con técnicas instrumentales.

Enfermería juega un papel esencial en la identificación de problemas en la deglución.

La anamnesis proporcionada por el propio paciente, familiar o cuidador es esencial en la obtención de datos y nos puede orientar en el diagnóstico en un 85% de los casos.

- Existen diversos métodos de cribado y/o escalas en la literatura, pudiendo destacar más de 10, por ejemplo: Swallowing Disturbance Questionnaire. (Cuestionario que se utiliza como herramienta de cribado para detectar disfagia antes de que haya neumonía aspirativa) o EAT-10: Eating assessment tool (sencillo cuestionario de 10 preguntas que permite evaluar de forma sistemática si el paciente presenta síntomas clínicos de disfagia. Si la puntuación obtenida es superior a 3 indica la presencia de disfagia).
- Junto con una correcta anamnesis la exploración física es esencial para obtener signos indicativos de disfagia (exploración de la voz, exploración oro facial, exploración clínica de la deglución.)
- Entre los test de valoración, existen dos: el test de agua y test clínico de **volumen-viscosidad (MECV-V)**; siendo este último el más usado porque es una prueba sencilla y segura que indica la existencia de trastorno de deglución. Utiliza tres viscosidades y tres volúmenes diferentes, consistiendo en administrar al paciente diferentes

volúmenes de alimento 5ml (bajo), 10ml (medio) y 20ml (alto) de alimento en texturas néctar, pudín y líquido que se pueden realizar con agua o zumo y un espesante.



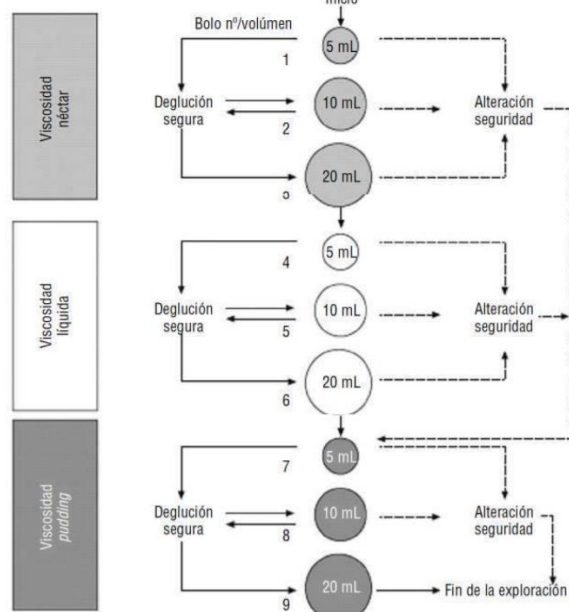
Imagen 3. Niveles de viscosidad. American Dietetic Association, 2002.

Se inicia de 5ml de viscosidad néctar observando la presencia de los siguientes signos: Presencia de tos, cambios en el tono de voz, presencia de residuos orales, existencia de una deglución fraccionada, fallo del sello labial. Si durante la misma se presenta alguna de las alteraciones antes descritas (tos, etc.), se debe determinar como positiva la prueba y aumentar la viscosidad al nivel siguiente y /o disminuir el volumen.

- Si durante la administración de la viscosidad néctar hay algún tipo de problema de seguridad se pasará a textura pudin.
- Si durante la viscosidad líquida hay algún tipo de problema de seguridad se pasará viscosidad pudin.
- Si durante la viscosidad pudin hay algún problema de seguridad se dará por finalizada la exploración.

SERIE PRIMERA	VISCOSIDAD NÉCTAR	VOLUMEN (ML): 5-10-20
SERIE SEGUNDA	VISCOSIDAD LÍQUIDO	VOLUMEN (ML): 5-10-20
SERIE TERCERA	VISCOSIDAD PUDIN	VOLUMEN (ML): 5-10-20

Imagen 4. Flujo de exploración. Clavé at al. Evaluación y diagnóstico de la disfagia orofaríngea.



- Pruebas complementarias: **Video fluoroscopia** (VFS); Es una técnica radiológica dinámica de baja radiación que permite el análisis a tiempo real de la propulsión del bolo de la boca al esófago y se obtiene una imagen de video de perfil lateral y antero posterior de la ingesta de diferentes volúmenes y viscosidades (líquido, néctar y pudín) .Actualmente se considera a esta prueba la técnica de referencia.^{19,20}

TRATAMIENTO

El tratamiento de la disfagia depende, fundamentalmente, de cuál sea su origen y su localización. Los tratamientos son individualizados para cada paciente dependiendo del subyacente discapacidad.¹¹

En el caso de las situaciones en las que existe **disfagia para líquidos**, suele recomendarse el uso de espesantes para facilitar la ingestión de los mismos.




Dependerá del fabricante			
	100 ml agua		
Néctar	Miel	Púdín	
			
BASE: HIDROCOLOIDES	4.5 g	7 g	9 g
BASE: ALMIDÓN	4 g	6,5 g	7 g
OTROS: GOMA XANTANA GOMA GUAR	Variable (0,25 g,)		

Imagen 5. Cantidades de espesante. Centro de Investigación Biomédica en Red: Enfermedades Hepáticas y Digestivas.

- Para el resto de situaciones, se intenta tratar la causa. Por ejemplo, en el caso de los **trastornos motores** del esófago pueden darse fármacos que disminuyan la motilidad esofágica y reduzcan los espasmos para favorecer la ingesta.

- En caso de tratarse de una estenosis o de una **acalasia**, puede indicarse la dilatación neumática endoscópica de la estenosis, para aumentar el diámetro de paso y disminuir los problemas deglutorios.
- En caso de tratarse de **obstrucciones tumorales** en los que no se indica el tratamiento quirúrgico, puede implantarse de forma endoscópica una prótesis autoexpandible, que facilitará el tránsito a través de la zona obstruida.

DISFAGIA SECUNDARIA A FÁRMACOS

En un estudio que llevo a cabo *Revista Multidisciplinar de Gerontología 2017*, se ha visto que la ingesta de psicofármacos ha sido más elevada en el grupo de ancianos con disfagia, en relación a los restantes. Es probable que esta mayor proporción de uso de psicofármacos en ancianos con disfagia este mas en relación con la severidad de la demencia.

Así mismo, en este estudio se recogió información de la historia clínica relacionada con los posibles factores de riesgo de disfagia y también sobre el uso de psicofármacos.

En la tabla 3, obtenido de la revista antes nombrada, se muestra el uso de psicofármacos habituales en pacientes que acuden a las consultas de psicogeriatría por trastornos mentales o por síntomas conductuales (secundarios a una demencia) y su relación con la disfagia orofaríngea.²¹

Tabla 3 : Uso de psicofármacos y disfagia orofaríngea

	Disfagia orofaríngea		P
	SI (%)	NO (%)	
Benzodiacepinas	14,4	9,4	0,383
Antipsicóticos	50,5	43,4	0,398
Antidepresivos	67,6	54,7	0,110
Antiepilépticos	23,4	20,8	0,702
IACEs*/Memantina	50,5	49,1	0,867
Otros (clometiazol)	55,0	32,1	0,006

*Inhibidores de la acetilcolinesterasa

Imagen 6. Psicofármacos y disfagia orofaríngea. Revista multidisciplinar de Gerontología 2017

En otro estudio en un hospital psiquiátrico, afirman que las muertes debidas a la obstrucción de las vías respiratorias son más comunes en pacientes hospitalizados psiquiátricos que en la población normal, ya que obtuvieron resultados significativos en los pacientes con disfagia bradicinética (secundaria al síndrome extrapiramidal inducido por neurolépticos [EPS]) y disfagia paralítica que parecieron experimentar una forma más grave de asfixia.²²

MEDICAMENTOS.

Esto sirve para tener una idea general de los efectos de los fármacos de uso psiquiátrico en la disfagia.

- Hay diferentes enfermedades¹⁵ que pueden causar disfgias, pero los medicamentos también implican trastornos mecánicos o motores.
 1. Hay fármacos con efectos inhibitorios que deprimen la peristalsis en el esófago y el tono del EEI (**anticolinérgicos**²³, antidepresivos y bloqueantes de los canales del calcio). Otros afectan al musculo estriado (sedantes y narcóticos), que generalmente actúan sobre el sistema nervioso central. Los anestésicos tópicos utilizados en exploraciones o para disminuir el dolor cervical pueden producir disfagia y aspiraciones por perdida de reflejos sensitivos.
 2. Otros medicamentos, (tetraciclinas, sulfato ferroso y vit C), al acidificar el **medio(pH<3)**, pueden producir lesiones esofágicas si se ingieren poco diluidos o en decúbito.⁴
 3. La disfagia se informa ocasionalmente en pacientes que toman agentes neurolépticos, aunque en general se cree que los neurolépticos "atípicos" más recientes están asociados con **menos efectos secundarios neurológicos.**²⁴
 - 3.1 En un estudio de deglución por videofluoroscopia se calificó de acuerdo con la Escala de Valoración de la Severidad de la Disfagia (rango, 0-6; 6 = peor), y se demostró que los pacientes que recibieron medicamentos antipsicóticos como la CLORPROMACINA obtuvieron puntajes significativamente peores en la Escala de Valoración de la Severidad de la Disfagia en comparación con los controles. Las dosis más altas de medicación antipsicótica se asociaron con una peor función de deglución. Por lo tanto, el impacto potencial sobre las funciones de deglución debe considerarse cuando se prescriben medicamentos antipsicóticos en pacientes mayores.²⁵

- 3.2 Así mismo, ocurrió con el HALOPERIDOL, en cuyo caso se concluyó que la adición de haloperidol en el tratamiento del paciente era la principal causa desencadenante y la retirada del fármaco fue seguida por una mejora objetiva en la deglución.²⁶
- 3.3 Hay informes de casos relacionados con la disfagia secundaria al uso de antipsicóticos atípicos; como es el caso del uso de RISPERIDONA, los cuales se resuelven con la interrupción de risperidona y sustitución con otro medicamento.^{16, 27}
- 3.4 Por otro lado, con la introducción de la OLANZAPINA también se informó de disfagia después de su administración. La disfagia asociada a la olanzapina se resolvió con la interrupción de la medicación.²⁸
- 3.5 En la evaluación de un caso relacionado con la QUETIAPINA en el cual el paciente había desarrollado disfagia mientras recibía tratamiento con antipsicóticos para el trastorno bipolar. La disfagia del paciente mostró una mejoría significativa cuando se le quitó la quetiapina.^{29, 30} Igualmente, en otro caso, se presentó dificultades para tragar mientras recibía quetiapina, luego de parar de tomar la medicación, volvió a tomarla por lo que desarrolló disfagia de nuevo en una nueva provocación con quetiapina. Utilizando la escala de probabilidad de Naranjo, el vínculo entre la quetiapina y la disfagia parece ser "probable".
- 3.6 La disfagia aparece como un efecto secundario "raro" después del tratamiento con CLOZAPINA. En este informe de caso, describimos cómo la disfagia significativa inducida con una dosis terapéutica de clozapina. Sin embargo, se observó que perdió peso significativamente (hasta un 20% de su peso original) a medida que la dosis aumentaba. Esto fue provocado por el desarrollo de disfagia, que probablemente se deba a la clozapina.³¹

OBJETIVOS

El objetivo de este estudio es describir la prevalencia de la disfagia, en pacientes psicogeríatricos institucionalizados.

Analizar la carga anticolinérgica de las prescripciones en un corte transversal de los tratamientos y su posible relación en la presencia de disfagia.

METODOLOGÍA

Se seleccionaron los pacientes de una unidad de geriatría (N=39), institucionalizadas en el Centro Asistencial Benito Menni, independientemente de su diagnóstico psiquiátrico.

Ante la **imposibilidad de realizar un test de disfagia**, se asume paciente con disfagia el uso de espesante y la prescripción de dieta de disfagia.

1. Uso de espesante: Se recogen los datos de las cantidades (cazo medidor del espesante) que se usan para adaptar y modificar la viscosidad de los líquidos administrados (agua y zumo). Para modificar la viscosidad de los líquidos utilizan un espesante comercial y es importante que el paciente y sus cuidadores sepan identificar las características de cada viscosidad y el comportamiento del espesante sobre diferentes alimentos. En la planta de mi estudio, se usa una normativa no establecida en relación a la cantidad que se utiliza de espesante. Un cacito lleno de espesante (aproximadamente 3 gramos) se vierte en 50 ml. de zumo o un cacito y medio de espesante se vierte en 50 ml. de agua.
2. Carga anticolinérgica: La carga anticolinérgica se calcula a partir de "**Web Portal Software Anticholinergic Burden Calculator**" portal americano **que calcula** el riesgo anticolinérgico mediante la escala Anticholinergic Cognitive Burden Scale (ACB).³² La escala ACB clasifica medicamentos según su potencial anticolinérgico en niveles que van de 0-sin riesgo a 1-moderado, 2-medio, 3-alto y 4-muy alto. El riesgo para un paciente se obtendría de la suma de puntos de cada uno de los medicamentos que toma.
3. Se utiliza el **Índice de Barthel**, para determinar el nivel de disfuncionalidad.
4. Se calcula **IMC** para valorar el estado nutricional.

RESULTADOS

1. La población a estudiar, es un N de 39 mujeres, con una edad media de 68 años. La prevalencia de pacientes con dieta para disfagia, con el uso de espesante es de 13%.

2. Carga anticolinérgica

Según los cálculos del programa informático, 23 pacientes están en alto riesgo de carga colinérgica. En este grupo de 23, están incluidos 5 pacientes que tienen disfagia, con lo que la prevalencia de disfagia en este subgrupo con carga colinérgica es de 21.739%.

Anticholinergic burden results - Patient: 102315

The results of anticholinergic risk (low / medium / high) obtained with each scale are linked to the risk categorization made by the authors or developers of each one of them

Scale	Result	Risk
ACB	3	HIGH RISK
ARS	2	MEDIUM RISK
Chew	5	HIGH RISK
ADS	5	HIGH RISK
AAS	5	HIGH RISK
ALS	1	LOW RISK
CrAS	2	MEDIUM RISK
Duran	2	HIGH RISK
ABC	0	WITHOUT RISK

Medication	Scales								
	ACB	ARS	Chew	ADS	AAS	ALS	CrAS	Duran	ABC
FLUOXETINE (40 mg)	0	0	2	1	2	1	1	1	0
LORAZEPAM (7.5 mg)	0	0	0	1	0	0	0	0	0
OLANZAPINE (30 mg)	3	2	3	3	3	0	1	1	0

Imagen 7. Cálculos de la carga anticolinérgica de uno de los pacientes.

Principales antipsicóticos

- Paciente 1: resultado según ACB: 3 - alto riesgo.
Medicación: Olanzapina.
- Paciente 2: resultado según ACB: 4 - alto riesgo.
Medicación: Olanzapina y Diazepam.
- Paciente 3: resultado según ACB: 3 - alto riesgo.
Medicación: Olanzapina.

- Paciente 4: resultado según ACB: 3 - alto riesgo.
Medicación: Olanzapina.
- Paciente 5: resultado según ACB: 2 - riesgo medio.
Medicación: Carbamazepina.

Los neurolépticos prescritos se encuentran descritos en la bibliografía clínica, como agentes potenciadores de la disfagia.

La edad media de los pacientes con disfagia es de 70 años,

Los valores del índice de Barthel son 0-55-60-30-0.

El IMC es :

- Paciente 1: 23,01 Kg/m².
- Paciente 2: 19,5 Kg/m².
- Paciente 3: 20,3 Kg/m².
- Paciente 4: 17,2 Kg/m².
- Paciente 5: 18,2 Kg/m².

2 pacientes son inferiores a 18,5 Kg/m² que indica bajo peso, siendo el 40% de las pacientes con disfagia.

CONCLUSIONES

Nuestras 5 pacientes con disfagia tienen los factores de riesgo descritos en la bibliografía para desarrollar disfagia.

El conocimiento de la patología de disfagia, se diluye entre las grandes comorbilidades de patología psiquiátricas, conjugándose, con demencias, desnutrición, trastornos de comportamientos que hace que no se valore la importancia de este síntoma en la evolución de otros diagnósticos más incapacitantes; sumándose también los pocos conocimientos del personal sanitario acerca del test de disfagia, que permite cuantificar la verdadera prevalencia de estos síntomas.

Sin embargo en los últimos tiempos el desarrollo de nuevos módulos para la facilitación de la deglución, está haciendo que los laboratorio de dietas enterales, incluyan estudios y formación sobre los test de disfagia que ayudaran a cuantificar con más rigor esta patología en los próximos años.

La carga anticolinérgica, se está incluyendo como un predictor de complicaciones, en cuanto al desarrollo de demencias, pseudoparkinsonismos, delirios y conductas

psiquiátricas, principalmente en la población envejecida, que multiplican al alza los costes sanitarios tanto directos como indirectos.

La disfagia puede ser una de las patologías más importantes de los próximos tiempos y se deberán valorar los factores de riesgo para desarrollar esta alteración y su importancia para conseguir una adecuada nutrición.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Eduardo Pérez Torres, Juan Miguel Abdo Francis, Fernando Bernal Sahagún, David Kershenovich Stalnikowitz. Gastroenterología. McGraw-Hill
2. Farreras-Rozman, co-dirigida por el profesor Cardellach. Medicina interna (17ª ED.), 2012
3. Disfagia, sus tipos y características clínicas. Virginia Pérez. Newspaper WordPress. Diciembre 27, 2015
Disponibile: en: <http://megamedico.com/author/virginia>
4. M.P.González de Canales de Simón, L. del Olmo Martínez y T.Arranz Santos. Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Clínico universitario.Valladolid. Doyma, 2011
5. Francisco Luis Sánchez Ceballos. Epidemiología de la disfagia en la población española. Tesis doctoral. Madrid, 2016
6. Rodríguez Artalejo F, Damián J, Martín Moreno JM, Valderrama Gama E. Estado de salud y capacidad funcional de la población que vive en residencias de mayores en Madrid. Gac Sanit 2004;18 (4): 268-274.
7. Bloem BR, Lagaay AM, Beek W van, et al. Prevalence of subjective dysphagia in community residents aged over 87. BMJ 1990;300:721–722.
8. Irlles Rocamora JA, Sánchez-Duque MJ, Valle Galindo PB de, et al. [A prevalence study of dysphagia and intervention with dietary counselling in nursing home from Seville]. Nutr. Hosp. 2009;24:498–503
9. Fernando Gómez-Busto , Virginia Andia, Loli Ruiz de Alegria at al. Abordaje de la disfagia en la demencia avanzada. Rev Esp Geriatr Gerontol 2009; Vol. 44. Noviembre 2009.
10. Bushmann M, Dobmeyer SM, and Leeker L. et al. Swallowing abnormalities and their response to treatment in Parkinson's disease. Neurology. 1989 39:1309–1314. [PubMed]

11. Dr. Antonio M. Moreno. Especialista de la Fundación Española de Aparato Digestivo García. Federación Española del Aparato Digestivo (FEAD). Agencia Sanitaria Bajo Guadalquivir. Hospital Baja Resolución Lebrija (Sevilla)
12. Horner J, Alberts M, Dawson D, Cook G. Swallowing in Alzheimer's disease. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 1994;8: 1-13
13. Javier Cid-Ruzafa y Javier Damián-Moreno. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Rev. Esp. Salud Publica* vol.71 no.2 Madrid mar. 1997
14. Erica G. Herzberg, Cathy L. Lazarus, Catriona M. Steele, Sonja M. Molfenter. Swallow Event Sequencing: Comparing Healthy Older and Younger Adults Artículo de revista .April 2018
15. Concepción Jiménez Rojas Ana Isabel Corregidor Sánchez Carmen Gutiérrez Bezón. Situaciones clínicas más relevantes DISFAGIA. Tratado de geriatría. Cap 53: 545-553
16. Stewart, Jonathan T., MD. Covert dysphagia and recurrent pneumonia related to antipsychotic treatment. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 2018-03-01 , Volume 43, Issue 2,Pages 143-144. Clinical Key.
17. Sue Eisenstadt E. Dysphagia and aspiration pneumonia in older adults. *J Am Acad Nurse Pract.* 2010 Jan;22(1):17-22.
18. Jordi Almirall, Mateu Cabré y Pere Clavé. Complicaciones de la disfagia orofaríngea: neumonía por aspiración. Nestlé Nutrition Institute en Workshop Series. Vol. 72 bajo el título de "Los peldaños para vivir bien con disfagia".2015
19. Aula Fresenius Kabi. Curso abordaje integral de la disfagia y tratamiento nutricional adaptado. Disponible en: <http://auladedisfagiapractica.com>
20. Gary McCullough;Martin Brodsky. response to the article, "Problems swallowing are a big killer, but the treatment can be horrible," published on February 25th 2018. Disponible en <http://www.dysphagiaresearch.org/>
21. Eva Martínez- Suárez1 , M^a Carmen Espinosa-Val2 , Josep Martos Gutiérrez1 Mateu Serra Prat1 , Ramón Cristófol Allue1 . Prevalencia y factores de riesgo asociados a disfagia en la población anciana con deterioro cognitivo atendida en una unidad de psicogeriatría. *Revista Multidisciplinar de Gerontología* 2017, vol 22 (núm 2)
22. Bazemore PH, Tonkonogy J, Ananth R. Dysphagia in psychiatric patients: clinical and videofluoroscopic study. *Dysphagia.* 1991;6:2-5. [PubMed]

23. Inmaculada A., Nuria Reyes, Mercedes Merino, Javier Gallego Borregoa. Fármacos anticolinérgicos. Hospital Universitario de Valme. Sevilla. Arch Bronconeumol 2007;43 Supl 4:3-10 - Vol. 43.
24. Judit Ceruelo Bermejo y Sonsoles García Rodicio. Antipsicóticos típicos. Antipsicóticos atípicos. FMC. 2007;14(10):637-47.
25. Rudolph JL, Gardner KF, Gramigna GD, et al. Antipsychotics and oropharyngeal dysphagia in hospitalized older patients. J Clin Psychopharmacol. 2008;28:532–5. [PubMed]
26. T. A. Hughes, G. Shone, G. Lindsay, and C. M. Wiles. Severe dysphagia associated with major tranquillizer treatment. Postgrad Med J. 1994 Aug; 70(826): 581–583.
27. Stewart JT.. Dysphagia associated with risperidone therapy. Dysphagia. 2003;18:274–275.
28. . Sagar R, Varghese ST, Balhara YP.. Dysphagia due to olanzapine, an antipsychotic medication. Indian J Gastroenterol. 2005;24:37–38.
29. Kohen II, Lester P. Quetiapine-associated dysphagia. World J Biol Psychiatry. 2009;10(4 Pt 2):623-5.
30. Daniel Armstrong, Niraj Ahuja, Adrian J. Lloyd. Quetiapine-Related Dysphagia. Psychosomatics, 2008. Vol 49, num 5 pag. 450-452
31. Osman M1, Devadas V1. Clozapine-induced dysphagia with secondary substantial weight loss. BMJ Case Rep. 2016 Aug 19;2016.
32. Ángela Villalba , Eva Rocío A., Susana S. , María Dolores N., Bernardo S. Desarrollo de la herramienta web Anticholinergic Burden Calculator. Farm Hosp. vol.41 no.5 Toledo sep./oct. 2017