

Sistema Universitario Ana G. Méndez  
Universidad del Turabo  
Escuela de Ciencias de la Salud  
Programa de Patología del Habla y Lenguaje

Estrategias que utiliza el personal de enfermería en pacientes con problemas de tragado y alimentación en centros de cuidado de envejecientes en Puerto Rico

Sometida como requisito parcial del Grado de  
Maestría en Ciencias de Patología de Habla y Lenguaje

Yaritza J. Mattei Collado

Noriana L. Medina Ortiz

Joan M. Sifres Negrón

Co-Investigadores

Maribel González Román

Investigadora Principal y Mentora

2015

**Tabla de Contenido**

## Capítulo 1

Introducción	4
Planteamiento del problema	5
Propósito de la investigación	5
Objetivos	5
Justificación	6
Marco teórico conceptual	7
Definiciones	8
Datos de los investigadores	9

## Capítulo 2

Introducción	11
Revisión Literaria	12
Etapas del tragado	14

## Capítulo III

Introducción	16
Diseño de la investigación	16
Propósito de la Investigación	17
Escenario de la investigación	17
Selección de los participantes	17

Procedimiento de reclutamiento de los participantes	17
Descripción de los Participantes	18
Criterios de Inclusión	18
Criterios de exclusión	18
Método de Colección	18
Instrumento	19
Análisis	19
Procedimiento IRB	19
Consentimiento Informado para los Participantes	19
Dispositivos de confidencialidad de los datos	19
Riesgos potenciales de la investigación para los participantes	20
Beneficios potenciales de la investigación para los participantes	20
Beneficios potenciales de la investigación para la sociedad	20
Limitaciones del estudio	21
Referencias	22

## Capítulo 1

### Introducción

La vida de los seres humanos consta de diferentes etapas de desarrollo. Es en la tercera edad o la última de todas las etapas cuando se refleja de forma drástica los cambios físicos y cognitivos sufridos caracterizados por deterioro. Es en ese momento cuando más se necesita la ayuda, el cuidado y el amor de los familiares que componen el entorno de los ancianos. Muchos envejecientes, por diversas razones son recluidos en centros de cuidado, donde se entiende se le brindará la mejor atención. En estos centros muchos ancianos pasan sus últimos años de vida y muchas condiciones le afectan durante su estadía en este lugar (Jiménez et al., 2001). Según la Ley Núm. 94 del 22 de junio de 1977 (LexJuris), el personal que trabaja en centros de cuidado de envejecientes debe estar capacitado y adiestrado para poder trabajar con diversas condiciones, por mencionar una, y para propósitos de esta investigación, la disfagia. Por otra parte, algunos estudios (Jaime-Perales, 2012) demuestran que gran porcentaje de los trabajadores en centros de cuidado de envejecientes desconocen las técnicas adecuadas para trabajar con la población envejeciente.

Los problemas en la alimentación pueden surgir secundarios al deterioro de la edad, a condiciones neurológicas (Parkinson, Alzheimer, etc.) o a condiciones adquiridas (Accidentes cerebrovasculares o Traumas Cerebrales). La población envejeciente tiene una alta probabilidad para desarrollar problemas en la alimentación y en tragado. A su vez, dichos problemas ocasionan condiciones que se suman a las ya existentes. Los problemas en la alimentación conllevan a la población envejeciente a padecer de malnutrición, deshidratación y condiciones respiratorias como neumonía. Según Jaime-Perales, citando a Davis (2008) la

disfagia tiene un impacto negativo en la calidad de vida de la persona que la padece. Se ha evidenciado que un 50% de los envejecientes en hogares de cuidado dependen de otra persona para que los alimente. Además la incidencia de malnutrición y de deshidratación en los centros de cuidado de envejecientes ronda en alrededor de los 50% (Pelletier, 2004).

Es la disfagia una de las condiciones más desconocidas y por ende, no tratada debidamente. Para poder tener personal capacitado es mandatorio se realicen estudios sobre las técnicas adecuadas y se implementen adiestramientos actualizados al mismo.

Rodríguez Díaz (2011) menciona que la disfagia es una condición grave, frecuente y desconocida que afecta a más de la mitad de los ancianos. La prevalencia exacta de pacientes con disfagia es desconocida; sin embargo estudios epidemiológicos indican que la prevalencia puede ser mayor de 22% en pacientes de más de 50 años (ASHA, 2008). Dado a que las prácticas de alimentación que tiene el personal de enfermería puede ser importante en la salud emocional, psicológica, social y física de los residentes de hogares de ancianos, una comprensión de su problema y el conocimiento en cómo tratarlo es indispensable (Pelletier, 2004).

### **Planteamiento del problema**

Estudios previos en Puerto Rico sobre las técnicas utilizadas por el personal de enfermería en la alimentación de los ancianos -realizado por estudiantes egresadas del Programa de Patología del Habla y Lenguaje de la Universidad del Turabo- demostraron que existe un desconocimiento por parte del personal sobre las técnicas adecuadas que deben ser utilizadas para asistir en los procesos de alimentación con los envejecientes que presentan problemas en la alimentación y en tragado.

**Propósito de la investigación**

El propósito de esta investigación fue describir las estrategias que utiliza el personal de enfermería para alimentar personas con problemas de tragado y alimentación que viven en un centro de cuidado de ancianos en diversas regiones de Puerto Rico.

**Objetivos**

En esta investigación se tuvo como objetivo:

1- Observar y describir las estrategias de alimentación que utiliza el personal adscrito al departamento de enfermería durante la alimentación de envejecientes en centros de cuidado prolongados.

**Justificación**

En Puerto Rico existe una alta incidencia de pulmonía por aspiración en los ancianos que son alimentados y que viven en centros de cuidado extendido. De acuerdo a las estadísticas del Departamento de Salud cuatro de las primeras cinco causas de muerte son condiciones que están asociadas a problemas de tragado (Departamento de Salud, 2013). Rosario (2011) realizó una investigación en un centro de cuidado extendido de Puerto Rico para evidenciar si el personal de enfermería poseía conocimiento sobre la disfagia en pacientes envejecientes. Los resultados reflejaron que el personal tiene un conocimiento limitado sobre la disfagia y las técnicas adecuadas para utilizar durante el proceso de alimentación. Seguida a esta investigación, Rodríguez (2011) ofreció un taller de adiestramiento al personal de enfermería. En donde se proporcionó una pre-prueba para corroborar el conocimiento que ya poseía este

personal y una post-prueba para corroborar el conocimiento adquirido luego de este taller. Los resultados demostraron que al finalizar el taller, el personal de enfermería adquirió mayor conocimiento sobre la condición y las técnicas de alimentación que deben implementarse según sea la dificultad del paciente.

### **Marco teórico conceptual**

Existe un alto número de ancianos que viven en centros de cuidado extendido y que presentan problemas tragado. Pellieter (2004) indica que la dependencia a ser alimentado incrementa el riesgo de infecciones respiratorias. Se ha reportado que más del 50% de los residentes que viven largos términos en facilidades de cuidado extendido requieren ser asistidos por otros para alimentarse (Pellieter, 2004). Las infecciones respiratorias adquiridas son la segunda causa más prevalente de infecciones observadas en los centros de cuidado de ancianos (Crossley & Thurn 1989). Langmore y colegas (1998) demostraron que individuos que son dependientes a que alguien los alimente son aproximadamente 20 veces más propensas a desarrollar neumonía por aspiración que aquellos que son independientes alimentándose. Investigaciones previas demuestran que muchos de los individuos dependientes a recibir su alimentación con la ayuda de otros, son alimentados de forma incorrecta. Así lo exponen Langmore et al. 1988, los cuales sugirieron que los individuos dependientes para comer podrían estar siendo alimentados a la fuerza por mal entrenamiento de los cuidadores que no están bien informados sobre la disfagia y que se sienten presionados por tener que alimentar a muchas personas en un corto periodo de tiempo. Otros estudio que corrobora esta información es el realizado por Sanders et al. 1992, el cual encontró que las técnicas y creencias de alimentación de muchos cuidadores eran inadecuadas. Por lo regular cuando un residente de un centro de

cuidado extendido requiere asistencia en el comer, un patólogo del habla y lenguaje está implicado en el desarrollo de un plan individualizado para el cuidado de alimentación del paciente. Este plan de cuidado está diseñado para alimentar a los residentes de forma adecuada y segura. Sin embargo el éxito de este se basa en la forma correcta que se lleva a cabo en el lugar de ancianos (Pellieter, 2004). El estudio realizado por el autor antes mencionado indica que existe fuerte evidencia de lagunas sobre la disfagia y como alimentar a los residentes de los centros de cuidado extendido.

### **Definiciones**

*Asistente de enfermera* - Un auxiliar de enfermería es un profesional de la sanidad cuyas funciones son asistir al personal facultativo (médicos y enfermeros) en sus labores (Revista de Enfermería, 2015).

*Aspiración*- entrada de material foráneo a las vías respiratorias, bajo el nivel de las cuerdas vocales (Murry & Carrau, 2012).

*Bolo alimenticio*- Masa redondeada que puede ser dura o suave que es dada o entregada a los órganos de trágado del cuerpo (Murry & Carrau, 2012).

*Centro de Cuidados* - significa un establecimiento, con o sin fines pecuniarios, en donde se le provee a las personas de edad avanzada una serie de servicios, en su mayoría de salud a personas con más de tres limitaciones del diario vivir (Lex Juris, 1987).

*Enfermería* – La enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la



enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas.

(Consejo Internacional de Enfermeros, 2015)

*Enfermero/a* - profesional de la medicina, concretamente de la rama de enfermería. El trabajo de un enfermero consiste en atender la salud del enfermo (Revista de Enfermería, 2015).

*Disfagia* - dificultad o inhabilidad de tragar (Murry & Carrau, 2012). Discapacidad de manejar el bolo / alimento en cualquiera de las etapas de tragado.

### **Datos de los investigadores**

Mi nombre es Yaritza Joan Mattei Collado, soy del pueblo Yauco. Estudié en la Escuela Superior Luis Muñoz Marín y al mismo tiempo realicé un grado técnico de auxiliar de farmacia en la Escuela Vocacional Santiago Rivera García de dicho municipio. Obtuve un bachillerato en la Universidad de Puerto Rico recinto de Ponce en la concentración de Psicología y Salud Mental. En la actualidad curso la maestría en Patología del Habla y Lenguaje en la Universidad del Turabo en Gurabo.

Mi nombre es Noriana Liz Medina Ortiz, tengo 28 años. Soy residente del pueblo de Naranjito Puerto Rico. Cursé mis grados superiores en la Escuela Superior Francisco Morales de dicho pueblo. Poseo un Bachillerato en Educación Preescolar y Elemental otorgado en la Universidad de Puerto Rico de Bayamón. Actualmente, curso mi grado de maestría de Patología del Habla-Lenguaje en la Universidad del Turabo de Gurabo P.R.

Mi nombre es Joan M. Sifres Negrón. Resido en el pueblo de Naguabo. En el 2007, me gradué del Colegio Nuestra Señora del Perpetuo Socorro en Humacao. Comencé estudios en la Universidad de Puerto Rico en Humacao, trasladándome a la Universidad de Puerto Rico en

Cayey en donde completé mi bachillerato en Psicología y Salud Mental en Junio de 2013. En estos momentos estoy cursando la maestría en Patología del Habla-Lenguaje en la Universidad del Turabo con expectativa de graduarme en Junio 2016.

## Capítulo 2

### Introducción

En la vida de un ser humano, uno de nuestros mayores anhelos es tener una buena calidad de vida, más aún en nuestra etapa final. Las personas envejecientes son una población que requiere de nuestra atención y respeto. Esta población geriátrica es una población que comúnmente desarrolla múltiples condiciones de salud, debido al envejecimiento afloran cambios fisiológicos, entre ellos enfermedades, trastornos físicos y trastornos neurológicos. La desnutrición continúa siendo un problema en nuestra sociedad, sobre todo pacientes ancianos. La disfagia es uno de los problemas más importantes en estos pacientes, limitando su calidad de vida y su situación nutricional. La evaluación y el tratamiento nutricional de los pacientes con disfagia se ha convertido en un problema de salud, debido a la alta esperanza de vida de nuestra sociedad y a los problemas médicos que presentan los pacientes ancianos.

El atender la salud de nuestra sociedad, requiere un manejo adecuado de cualquier enfermedad o condición. Todo individuo es responsable de su salud, pero en el caso de nuestros ancianos, su salud depende de las personas encargadas de su cuidado, por tanto su calidad de vida está en las manos de alguien más. La población de envejecientes se encuentra en cuidado extendido, depende completamente de los cuidadores, enfermeros y el personal pertinente para su bienestar. Ellos deben ser monitoreados diariamente, debido a su edad, están más susceptibles a una gran cantidad de condiciones.

El propósito de esta investigación fue observar y describir las estrategias de alimentación que utiliza el personal adscrito al departamento de enfermería durante la alimentación de envejecientes en centros de cuido prolongados. Como resultado de esta investigación se desarrollaron talleres para orientar y concienciar a la sociedad, especialmente a los encargados

del cuidado de nuestra población de ancianos, de estrategias que permitan que el proceso de alimentación y tragado sea seguro.

### **Revisión Literaria**

La incidencia de mal nutrición y deshidratación en los hogares de ancianos, ha sido tan alta como 50%, con la dependencia de alimentación como una posible razón (Cooper & Cobb, 1988; Kolasa, Schmidt, & Barlett, 1989; Sandman, Adolfson, Nygren, Hallmans, & Winblad, 1987, en Pelletier, 2004).

Las personas que diariamente alimentan a los ancianos pueden sentir presión para lograr alimentar a muchos ancianos durante un breve período de tiempo, (Musson et al., 1990; Pillemer, 1996). En la investigación realizada por Sanders, Hoffman y Land, (1992) encontraron que las técnicas de algunos cuidadores eran inadecuadas, y que éstas prácticas pueden llevar al paciente a aspirar alimentos o una ingesta nutricional inadecuada. El personal de cuidado de ancianos debe poseer conocimientos generales en aspectos rutinarios de alimentación, tales como posicionamiento-preparación y los signos-síntomas básicos de disfagia entre otros. Según estudios realizados, el conocimiento demostrado por los enfermeros y o cuidadores de ancianos utilizando técnicas de alimentación con residentes con disfagia o con pacientes que mostraran retos en la alimentación, no fueron adecuadas. Es por tal razón que se recomienda mejorar o cambiar las destrezas de alimentación del personal encargado de la alimentación de los envejecientes mediante mayor, orientación, educación y supervisión (Pelletier, 2004).

La necesidad de atender la falta de conocimiento sobre la disfagia y las técnicas adecuadas para la alimentación de los pacientes que la padecen es necesaria tanto en los centros de cuidado a envejecientes, como en hospitales, en el hogar y en centros de rehabilitación. Según Botella 2002, en el tratamiento de la disfagia se involucran estrategias compensatorias

para evitar los síntomas de la misma, incluyen la adopción de una posición adecuada de la cabeza del paciente, conseguir una consistencia adecuada de la comida, así como un volumen y una proporción igualmente adecuadas. Otras técnicas involucradas son terapias directas, encaminadas a cambiar la fisiología de la deglución y terapias indirectas, que tratan de proporcionar el control neuromuscular necesario para tragar, sin producir una deglución.

El autor antes mencionado (Botella, 2002) realizó una investigación en un centro hospitalario de Valencia España. En este encontró que en la atención a los enfermos con disfagia las medidas dietéticas desempeñan un papel primordial. Las características de la dieta establecida en el hospital para enfermos con disfagia, se le hace una dieta adecuada para éstos, pero su utilización puede considerarse escasa, dado que esta representó un 13% del total anual de dietas hospitalarias, en contraste con la percepción del 60% de los facultativos del hospital, los cuales estiman, que tienen disfagia más del 20% de sus enfermos. Estas estadísticas nos muestran un claro ejemplo de la falta de conocimiento que se tiene sobre la disfagia. Además esta investigación nos hace referencia a un factor muy importante, este es el conocimiento y apoyo que tiene la familia del paciente con disfagia sobre las técnicas de alimentación que se deben tener. Según Botella 2002, el apoyo familiar en los enfermos con disfagia en el hospital donde se llevó a cabo la investigación es escaso (inferior al 50%), además se imparte poca información a los cuidadores, y constataron que el uso del manual para asesorar a estos es insuficiente. Dados los resultados de dicha investigación el autor enfatiza que el adiestramiento e información sobre la disfagia y como esta debe manejarse podría beneficiar al enfermo. Además también indica que la formación del personal sanitario y auxiliar, en el manejo de la disfagia es necesaria ante el perfil social encontrado.

Por otra parte Moreno et al., 2006 investigaron sobre el análisis de situación y adecuación de las dietas para disfagia en un hospital provincial en esa investigación encontraron que muchos pacientes con disfagia encuestados cuando ingresan al hospital lo hacen con una dieta triturada normal y es a partir de algún atragantamiento, tos persistente durante la comida o alguna aspiración cuando se les ha prescrito la dieta para disfagia. Además indican que de tener el adiestramiento apropiado sobre la disfagia el personal de enfermería podía haber prevenido una alimentación inadecuada así como, del comienzo de otros problemas de salud derivados de este trastorno.

### **Etapas del tragado**

La definición de disfagia de acuerdo a Murry Carrau (2012), es la dificultad o inhabilidad de tragar, discapacidad de manejar el bolo / alimento en cualquiera de las etapas de tragado. Por lo tanto la deglución o tragado se definiría como el mecanismo por el cual se transporta el bolo alimenticio o los líquidos de la cavidad oral hasta el estómago. El tragado se divide en 4 etapas: oral preparatoria, oral, faríngea y esofágica.

La etapa oral preparatoria es voluntaria. En esta etapa se coloca la comida en la cavidad oral y la misma es triturada y mezclada con saliva hasta formar un bolo cohesivo, en el caso de sólidos, el cual va a ser colocado sobre la lengua y así poder transferirlo hacia la raíz de la lengua y la faringe mediante movimientos linguales, palatales y faríngeos. Ese transporte se consideraría la etapa oral del tragado. Ambas etapas conllevan un control de la corteza cerebral para que los músculos funcionen adecuadamente. La etapa faríngea y la etapa esofágica son involuntarias. Ambas son controladas por el centro del tragado que se encuentra en el tallo cerebral. Para que la etapa faríngea sea adecuada, se necesita que haya un control para que la vía aérea sea protegida durante los cambios que ocurren. La laringe se eleva para cerrar la vía aérea

mientras el esfínter cricofaríngeo se relaja haciendo que el alimento se impulsado hacia el esófago. Esta última etapa, requiere que los movimientos peristálticos del esófago y la gravedad muevan el bolo hacia el estómago, terminando así el proceso de tragado.

Aunque parece ser simple, en realidad es un proceso complejo que requiere que varios sistemas del cuerpo trabajen en conjunto y que la persona que alimenta esté consiente de las implicaciones que tiene el usar estrategias inadecuadas. Existen varios tipos de complicaciones a las que nos puede llevar la disfagia, como son las complicaciones en la eficacia y complicaciones de seguridad. Además de la aspiración, pulmonía, deshidratación y desnutrición que puede causar, trae otras consecuencias como problemas de inmunodeficiencia, problemas con la cicatrización y pérdida de masa muscular. (Lema-Reina, 2015). Esta fue la importancia de describir las estrategias utilizadas para que pudiesen ser preparados los talleres que permitieran educar a esa población.

## Capítulo III

### Introducción

En este capítulo se describe la metodología que se llevó a cabo para realizar esta investigación. En la misma se incluye los objetivos específicos de la investigación, procedimiento que se llevó a cabo para la recolección de datos, descripción de los participantes, instrumento utilizado para la colección de datos y los beneficios, riesgos y limitaciones del estudio. Además se describe el procedimiento que se llevó a cabo para obtener la información que se deseaba investigar y se describe el procedimiento del IRB para su aprobación.

### Diseño de la investigación

Esta fue una investigación mixta, etnográfica y observacional. La investigación mixta utiliza elementos de la investigación cualitativa y cuantitativa. Se utilizó la investigación cualitativa que es donde se estudia la calidad de las actividades, relaciones, asuntos, medios, materiales o instrumentos en una determinada situación o problema. La misma procura por lograr una descripción holística, esto es, que intenta analizar exhaustivamente, con sumo detalle, un asunto o actividad en particular.” (Vera-Vélez, n.d.) Es cuantitativa ya que se utilizaron estadísticas descriptivas en aquellas observaciones que fueron recurrentes. Es de tipo etnográfico-observacional ya que se observó el comportamiento del personal asignado al departamento de enfermería quienes alimentan a los pacientes que no pueden hacerlo por sí mismo debido a sus problemas de trágado o alimentación.



### **Propósito de la Investigación**

El propósito de este estudio fue observar y describir las estrategias de alimentación que utilizó el personal adscrito al departamento de enfermería durante la alimentación de envejecientes en centros de cuidado prolongados.

### **Escenario de la investigación**

Esta investigación se llevó a cabo en diversos centros de cuidado de envejecientes en Puerto Rico, en el salón comedor del centro. Los investigadores fueron responsables de realizar las observaciones durante el periodo de alimentación.

### **Selección de los participantes**

#### **Procedimiento de reclutamiento de los participantes**

Los participantes fueron reclutados en diversos centros de envejecientes en la isla. La persona de contacto fue el director o administración del centro. Las investigadoras contactaron los centros de envejecientes en diferentes regiones de Puerto Rico a través de la persona de contacto en el centro (director, administrador). Al director del centro se le informó que no debía informarle al personal de enfermería el propósito de la investigación, para que no ocurriese el efecto Hawthorn. El efecto Hawthorn es cuando una persona cambia su comportamiento, usualmente a uno positivo, cuando siente que es observado. Debido a que los patólogos del habla-lenguaje y los estudiantes en práctica clínica usualmente hacen certámenes, evaluación y tratamiento de tragado, es común verlos en las áreas comunes del comedor de los centros de ancianos. Luego del director aceptar, se le hizo entrega de una carta solicitando apoyo la cual fue contestada con una carta de apoyo. Ambas cartas fueron sometidas al IRB. Una vez que el proyecto de investigación fue aprobado por el IRB se visitó el centro nuevamente y se confirmó

que el personal de enfermería desconocía el propósito de la investigación. Se procedió a realizar las observaciones según indicadas. Cuando el personal de enfermería preguntó lo que se estaba haciendo, se le indicó que se estaba observado el proceso de alimentación y tragado de los envejecientes.

### **Descripción de los Participantes**

Cada investigador realizó entre 20-30 observaciones del personal de enfermería. El total de participantes que se observó fue un mínimo de 30 y un máximo de 50. Cada participante pudo ser observado un mínimo de una (1) vez a un máximo de (3) veces con distintos envejecientes. Cada observación requirió un envejeciente diferente para ser considerada. Los participantes de esta investigación fueron el personal de enfermería de centros de cuidado de envejecientes en Puerto Rico y que cumplían con los siguientes criterios:

#### **Criterios de Inclusión:**

1. Personal de enfermería que laborara en un centro de cuidado de envejecientes del centro seleccionado.
2. Personal de enfermería que alimentara a pacientes envejecientes con problemas de tragado y/o alimentación.

#### **Criterios de exclusión:**

1. Personal de enfermería que no laborara en un centro de cuidado de envejecientes del centro seleccionado.
2. Personal de enfermería que no estuviera alimentando a pacientes geriátricos con problemas de tragado y/o alimentación.
3. Familiares, amigos u otro personal no asignado al personal de enfermería.

### **Instrumento y método de colección**

El instrumento de la investigación fue una hoja de observación creado por Pelletier y que fue adaptado con su autorización al español de P.R. Se utilizó un formato de observación estructurada que fue creado por Silver Spoons Program at the Veterans Administration hospital en Miami, Florida (Musson, 1994) y adaptado por Pelletier (2004). Este instrumento incluye unas definiciones operacionales que se utilizaron para evaluar las conductas que utilizó el personal de enfermería al alimentar a los envejecientes. Las conductas/estrategias estaban codificadas de manera explícita, de ser observadas se marcaba sí, de no observarse se marcaba no. Además se proveyó un espacio con el fin de que se describieran las conductas y estrategias presentadas por el personal de enfermería. De acuerdo a Pelletier (2004) la justificación para este tipo de juicio está basada en la literatura en el campo de disfagia y geriatría que sugiere que ciertas conductas/estrategias de alimentación aumentan la salud física, mental y social de los envejecientes (Pelletier, 1999).

### **Análisis**

Una vez fueron obtenidos los datos fueron organizados y categorizados por temas. Las preguntas realizadas en el cuestionario fueron semi-estructuradas y aprobadas por el comité de evaluación. Luego se procedió a realizar un análisis por medio de estadísticas descriptivas y no paramétricas. Se comparó con lo encontrado en las investigaciones expuestas en la literatura revisada y la investigación de Alvarado-Hernández (2010).

### **Procedimiento IRB**

#### **Consentimiento Informado para los Participantes**

No se requirió consentimiento informado para realizar ésta investigación.

### **Dispositivos de confidencialidad de los datos**

La información de los participantes fue anónima. Las hojas de observaciones no presentaban datos identificables. Se utilizó un código alfa-numérico para identificar los participantes. Los investigadores son las únicas personas con acceso a la información para propósitos del análisis de la información. Todas las hojas de observación fueron guardadas en un archivo con llave en la oficina de la investigadora principal y serán destruidos mediante trituración después que haya pasado un periodo de 5 años de realizada la investigación.

### **Si se retira algún participante**

No existió ninguna penalidad para el participante que decidiera retirarse de esta investigación, ya que no era necesario que ellos accedieran al mismo por ser una investigación etnográfica-observacional.

### **Riesgos potenciales de la investigación para los participantes**

Los posibles riesgos que pudieron sufrir los participantes de esta investigación fueron mínimos: posible agotamiento, aburrimiento, estrés o cansancio.

### **Beneficios potenciales de la investigación para los participantes**

Los beneficios potenciales para los participantes de esta investigación fue el tener la oportunidad de participar de los talleres.

### **Beneficios potenciales de la investigación para la sociedad**

Entre los beneficios potenciales para la sociedad se encontró la construcción de la creación de talleres o cursos de educación continua dirigidos a educar/enseñar destrezas de alimentación y cuidado para pacientes disfágicos. Otro beneficio fue ayudar al personal de

enfermería para que mejoraran las destrezas en el manejo de pacientes con problema de alimentación y/o tragado. Esto fue muy importante, ya que al entrenar a este personal se reducen las condiciones a consecuencia del mal manejo de alimentación en la población geriátrica.

### **Limitaciones del estudio**

Este estudio tuvo como limitación que a pesar de que los observadores fueron cuidadosos para no intervenir en el proceso, los que alimentaban los envejecientes podían pensar que se les estaba observando y se incomodaron o se manifestaron el efecto Hawthorn.

## Capítulo IV

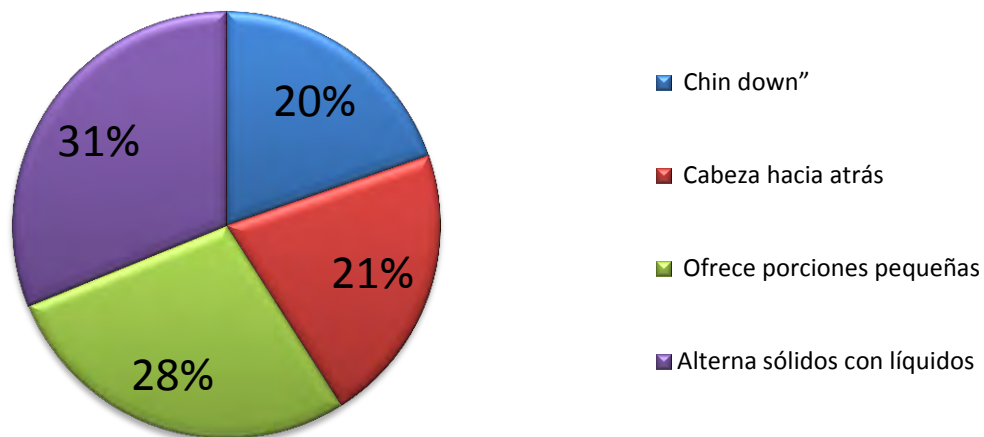
### Resultados

Según la hoja de definiciones operacionales se espera que el personal adscrito al Departamento de Enfermería tuviese el conocimiento de cómo llevar a cabo un proceso alimentario de acuerdo a las necesidades de los pacientes que dependan de otra persona para su alimentación. Ante esto se toma en consideración si el paciente está encamado, si requiere modificación en la dieta, si amerita claves para continuar masticando, etc. Entre los deberes del personal para con los envejecientes se espera que: (a) coloque el cuerpo del residente encamado a una posición de 45°, (b) coloque frente al paciente que puede comer por sí solo la bandeja preparada con los alimentos, (c) verifique si hay residuos de alimentos después de cada comida y deje en posición de 45° por un tiempo luego de la comida, (d) responda dentro de los 60 segundos ante alguna señal de necesidad de asistencia, (e) demuestre conocimiento sobre las dificultades y cómo disminuir las mismas en la alimentación del paciente, (f) presente los alimentos a una velocidad y volumen adecuado, (g) indique verbalmente cada uno de los alimentos y bebidas, (h) mantenga atención al envejeciente, (i) ofrezca opción de la secuencia entre alimento y bebida, (j) brinde atención a cada bocado o sorbo que da el paciente, (k) salude al residente por su nombre, (l) mantenga el tema de conversación limitado a la tarea que se ejecuta (alimentar), y (m) presente un afecto o expresión facial positiva y un tono de voz agradable.

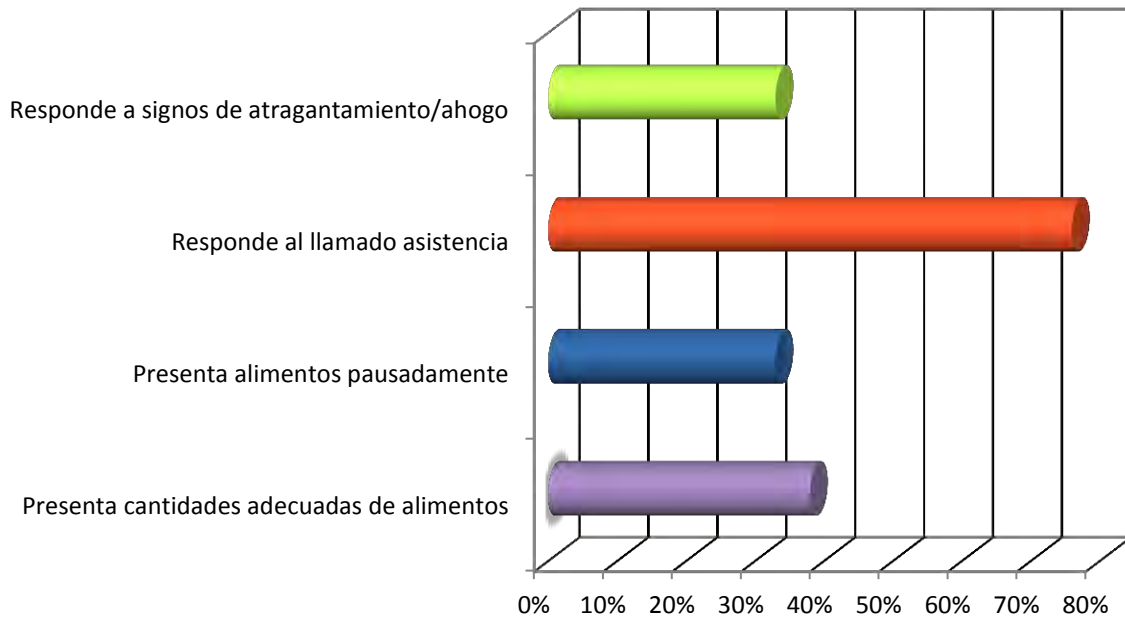
Se llevaron a cabo alrededor de 102 observaciones de alimentaciones. Las mismas se realizaron en diversas regiones de la isla. Debido a ello, se considera que la muestra resulta representativa de la situación actual de la población envejeciente en Puerto Rico. Las muestras se obtuvieron según estipulado en la metodología.

Ante las observaciones realizadas, que suman un total de 102 alimentaciones, se evidenció lo siguiente como resultado de las mismas. El 20% del personal adscrito al Departamento de Enfermería utilizó la técnica de *Chin Down*. Un 21% utilizó la estrategia “cabeza hacia atrás”. Un 28% ofreció porciones pequeñas. Finalmente el 31% alternó sólidos con líquidos. (Tabla 4.1)

**Tabla 4.1** Estrategias utilizadas por el personal de enfermería



Dentro de la observación del comportamiento que tuvo el personal para con los pacientes, el 33% respondió a signos de atragantamiento. Un 76% respondió al llamado de asistencia de los envejecientes. Otro 33% presentó alimentos pausadamente. Y un 38% presentó cantidades adecuadas de alimentos. (Tabla 4.2)

**Tabla 4.2** Comportamiento del personal durante la alimentación

Además de las observaciones cuantificadas anteriormente, se realizaron otras observaciones de tipo cualitativo y descriptivo. Entre las mismas se evidenció, que algunos de los enfermeros o enfermeras colocaron el alimento en la boca del paciente a pesar de que este último no haya tragado el bocado anterior. Otros alimentaron al paciente encamado colocándolo a un ángulo de 20° cuando el recomendado según la literatura es 40° grados. Es una realidad que registraron pobre limpieza de los residuos que salen de la boca. Del mismo modo no realizaron limpieza de la cavidad oral luego de culminar la alimentación. En otras ocasiones se observó cuando el personal dejó solo al envejeciente durante el proceso de la administración del alimento. Sorprendentemente, algunos enfermeros alimentaron hasta tres residentes a la vez -- dependiendo de la velocidad con la que los mismos ingerían el alimento-. Algunas



observaciones evidenciaron que el personal mantuvo conversación con otros empleados. Como consecuencia disminuyó la atención para con el envejeciente. Muchos utilizaron biberón para administrar el alimento. En otras ocasiones la cuchara que utilizaron resultó ser muy grande, ya que el paciente mostraba gestos faciales relacionados a incomodidad. Algunos disfrazaron el alimento con el postre (lo cual no resulta en un efecto negativo). En algunas situaciones -donde el paciente podía alimentarse por sí solo- el personal colocó la bandeja en una posición donde le resultaba incómoda al envejeciente alcanzar los utensilios.

Al comparar los resultados obtenidos con lo que se espera realice el personal de enfermería, es evidente que más de un 60% no pone en práctica las medidas necesarias en vías de garantizar el mejor servicio y el bienestar del paciente.

## Capítulo V

### Discusión

Todos los días en Puerto Rico, muchas familias se enfrentan a decisiones difíciles acerca de las necesidades de salud de sus familiares ancianos. Un centro de cuidados al envejeciente suele ser la alternativa. Desafortunadamente, muchas instalaciones no son tan seguras como deberían ser. Con demasiada frecuencia los residentes en hogares de ancianos son descuidados por el personal de enfermería a la hora de su alimentación, lo cual se ve reflejado en las estadísticas del Departamento de Salud de P.R. Estas estadísticas indican que cuatro de las primeras cinco causas de muerte en estos centros son condiciones que están asociadas a problemas de trágado (DS, 2013). Es por esto que nos dedicamos a realizar esta investigación, la cual se realizó en distintos centros de cuidado a envejecientes en las áreas centro, este y sur del país.

Los resultados encontrados en esta investigación concuerdan con investigaciones anteriores realizadas por egresadas del Programa de Patología del Habla y Lenguaje Rodríguez (2011) y Rosario (2011), Jaime(2012) y el estudio de Pellieter (2004) en los cuales también se destacó que el personal que asiste en la alimentación de los envejecientes tiene un conocimiento limitado en todas las áreas. Rosario (2011) encontró que solo la mitad de los encuestados recibieron clases para alimentar a pacientes con disfagia. Por su parte Rodríguez (2011) ofreció un taller sobre “ Técnicas de alimentación y trágado” en el cual se administró una pre y post prueba a los participantes de dicho taller. Este estudio reveló que el personal que recibió el taller adquirió un conocimiento básico sobre las técnicas y estrategias adecuadas que debe utilizar el personal de enfermería en pacientes geriátricos con problemas de trágado. Por otra parte, Jaime

(2012) encontró en su investigación que ningún miembro del personal de enfermería observado espera que el paciente trague antes de ofrecerle el próximo bocado.

En tanto Pellieter (2004) encontró que el personal de enfermería no implementa el posicionamiento adecuado para alimentar a un paciente con disfagia. Estos datos coinciden con esta investigación debido a que se observó que la posición del cuerpo del envejeciente al ser alimentado es menor de 45 grados en la mayoría de los casos, mientras que a los pacientes encamados se les coloca alrededor de los 20 grados, lo cual incurre en un gran riesgo de aspiración.

En cuanto al posicionamiento de la bandeja, se encontró que el personal de enfermería coloca la bandeja en lugares que resultan incómodos para el acceso del envejeciente. A juicio clínico se percibió que los utensilios utilizados en la mayoría de las ocasiones resultan incómodos para la administración del alimento. Por su parte Pellieter (2004) nos indica en su estudio que a pesar de que el personal de enfermería demuestra tener el conocimiento sobre la preparación y posicionamiento adecuado de la bandeja a utilizar con los pacientes, estos no lo implementan consistentemente debido a razones desconocidas por la autora. Sobre el llamado de asistencia de los envejecientes cuando estos demuestran síntomas de disfagia el 76% del personal observado en esta investigación respondió a este llamado. Estos datos coinciden con la investigación de Jaime (2012) en la cual la mayoría del personal (76%) respondía al llamado del envejeciente, pero solo un tercio (33%) respondía a signos de atragantamiento y ahogo.

Durante las observaciones, se destacó un aspecto cualitativo, que tiene influencia en el desempeño del personal de enfermería. Existen valores tales como la sensibilización, la empatía y el respeto, los cuales lamentablemente han disminuido en esta población lo cual influye en la responsabilidad moral con la vida de los pacientes a quienes atienden. Esto se percibió durante la

alimentación de estos envejecientes, cuando algunos de los enfermeros (as) no observaron al paciente. Por su parte Jaime (2004) indica en su investigación que seis de siete participantes observados no reprimieron al paciente al momento de ser alimentados lo cual reflejaba que ese personal manifestó afecto positivo ante los pacientes. Sin embargo esta investigación demostró que a los envejecientes con deterioros cognitivos, el personal no les hablaban, no le preguntaban acerca de las cantidades u opciones de alimentos o bebidas, tan siquiera los miraba, poniendo así, en riesgo de aspiración al no percatarse de los signos de atragantamiento/ ahogamiento. Según Pellieter (2004) el personal de enfermería posee un conocimiento limitado sobre la forma en la que debe comunicarse con los envejecientes, esto hace se asimila a esta investigación ya que la mayoría de este personal no le hablaba a los pacientes que se encontraban alimentando. Además Pellieter (2004) también indica que el personal de enfermería manifestó no sentirse cómodo tratando de hablarle a un paciente que no puede contestarle.

Según lo observado, muchos de estos centros carecen de personal suficiente y muy pocos de este personal reciben la formación necesaria para atender adecuadamente a los pacientes mayores con dificultades en el tragado. Sin embargo el estudio de Pellieter (2004) indica que existen discrepancias entre el conocimiento sobre las estrategias de alimentación utilizadas del personal de enfermería y como ellos realmente alimentan a los pacientes durante las comidas.

### **Recomendaciones**

En base a los datos recopilados en esta investigación, las observaciones realizadas a los distintos centros de cuidado de envejecientes en Puerto Rico y la revisión de literatura es recomendable implementar y/o realizar lo siguiente:

- Ofrecer supervisión directa al personal de enfermería durante los procesos de alimentación a pacientes con disfagia.
- Desarrollar talleres educativos y demostraciones dirigidas a los profesionales en el área de enfermería en el que se les adiestre sobre el posicionamiento corporal adecuado para alimentar a un paciente, la presentación de los alimentos, respuesta adecuada ante signos o síntomas de disfagia y la comunicación que se tiene con el paciente durante este proceso.
- Ofrecer cursos de educación continua al personal de enfermería sobre las técnicas de alimentación adecuadas a utilizar en pacientes con disfagia.
- Concientización sobre las repercusiones y complicaciones que puede causar un proceso de alimentación inadecuado en los envejecientes con disfagia.

### Referencias

- ASHA (2008). Communication Facts: Special Populations: Dysphagia - 2008 Edition. Obtenido de <http://www.asha.org/research/reports/dysphagia.htm>
- ASHA (2010). Swallowing Disorders (Dysphagia) in Adults. Obtenido de <http://www.asha.org/public/speech/swallowing/SwallowingAdults.htm>
- Barantes-Monge, M., García-Mayo, E. J., Gutiérrez-Robledo, L. M. & Miguel-Jaime, A. (2007) Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos. *Salud Pública de México*. 49 (4).
- Botella-Trelis & J. Ferrero-López, M. I. (2002) Manejo de la disfagia en ancianos institucionalizados: situación actual. *Nutrición Hospitalaria*. 17(3)168-174.
- Clavé, P., Verdaguer, A. & Arreola, V. (2005). Disfagia orofaríngea en el anciano. *Medicina Clínica*, 124, 742-748. Obtenido de [dialnet.unirioja.es](http://dialnet.unirioja.es)
- Jaime, L. (2012) *Describir el proceso de alimentación que utiliza el personal de enfermería de un centro de cuidados de enjecientes*. (Tesis de Maestría) Universidad del Turabo, Gurabo Puerto Rico.
- Jiménez, C., Coregidor, A. & Gutierrez, C. (2001). Prevalencia y etiología de la disfagia en el anciano. *Tratado de Geriatria Para Residentes*, 545-553. Obtenido de [http://www.segg.es/tratadogeriatria/PDF/S35-05%2053\\_III.pdf](http://www.segg.es/tratadogeriatria/PDF/S35-05%2053_III.pdf)
- Lema-Reino, N. (2015). *¿Cómo detectar la disfagia en ancianos en el domicilio?*(Trabajo de fin de grado) Universidad del País Vasco, España. Obtenido de:

<https://addi.ehu.es/bitstream/10810/16363/1/NATALIA%20LEMA%20REINO2015-06-07.pdf>

Murry, T., & Carrau, R. (2012). *Clinical Management of Swallowing Disorders* (Third ed.). San Diego, CA: Plural Publishing.

Pelletier, C. (2004) What do certified nurse assistants actually know about dysphagia and feeding nursing home residents? *American Journal of Speech-Language Pathology* 13, 99 – 113.

Revista de Enfermería (2015). Rol del enfermero. *Revista de Enfermería*, 38. Obtenido de:  
<http://www.e-rol.es/body.php>

Rodríguez- Díaz Y. (2011) *¿Cuál es el efecto de una orientación sobre técnicas de alimentación y disfagia ofrecidos al personal de enfermería?* (Tesis de Maestría) Universidad del Turabo, Gurabo Puerto Rico.

Rosario – Melendez A. (2011). *Conocimiento que tiene el personal de enfermería sobre las técnicas adecuadas de alimentación en la población geriátrica que vive en centros de envejecientes.* (Tesis de Maestría) Universidad del Turabo en Gurabo Puerto Rico.

Rosich W. 2004 Nutrition Care of the Older Adult. 2004. *Asociación Dietética Americana*. 2d edición. Nutrición en la vejez. Gerontología aspectos biológicos y clínicos. Páginas 419-450.

Seoane J. (1994) Sociedad y Creencias en la Vejez. *Intus*. 142-156.