

Presentación de la Candidatura

- **Categoría** a la que se presenta.
5.5.: Universidad “Tesis Doctorales”

- **Título:**

VALIDACIÓN DE LA ESCALA “EdFED” PARA VALORAR EL PATRÓN DE ALIMENTACIÓN EN MAYORES CON DEMENCIA

- **Resumen:**

Existe alta prevalencia de **dificultades para alimentarse (DIFPA)** entre ancianos sanos (7-22%), mayor aún en demencias (25-50%) (Palmer y Metheny 2008; Clavé, Verdaguer, y Arreola 2005; Clavé et al. 2007). Repercutiendo estas dificultades en la salud global (Chang y Roberts 2011). Son debidas a deficiencias cognitivas y discapacidades físicas de la demencia.

De las herramientas encontradas en la literatura (Aselage, Amella, y Watson 2011), la escala inglesa Edinburgh Feeding Evaluation in Dementia (EdFED) Scale, ha sido validada, y adaptada con fiabilidad. Su importancia radica en que, además de analizar los comportamientos de *los pacientes con demencia* a la hora de comer, visualizando las dificultades que tienen para alimentarse, orienta hacia intervenciones clínicas.

En España, las herramientas utilizadas y validadas en mayores, se han usado de modo extendido en demencias. Sin embargo, estas sólo evalúan el estado nutricional del paciente, focalizando en desnutrición y disfagia. No existiendo herramientas específicas para ancianos con demencia.

Se precisan instrumentos validados que permitan evaluar DIFPA en dementes y orienten intervenciones tempranas. Por ello, **nos planteamos como Objetivo** la adaptación transcultural de la escala inglesa EdFED al español, y su validación en población anciana con demencias. Así como la evaluación de la fiabilidad, consistencia interna, validez de constructo y de criterio. Y evaluar cómo se comportan las puntuaciones en presencia de diagnósticos enfermeros relacionados con el autocuidado para la alimentación.

Se obtiene una versión válida para ser usada en esta población frágil en el contexto residencial por enfermeras y cuidadoras profesionales, y en la comunidad por cuidadoras familiares. Las puntuaciones demuestran tener correlación con el IMC y el MNA, y con los diagnósticos enfermeros para el autocuidado de la alimentación, demostrando que en presencia de estos diagnósticos las puntuaciones del EdFED son mayores, lo que indica una mayor dificultad para alimentarse.

- **Justificación:**

La población tiende a envejecer. En el año 2050 la cifra de mayores de 65 años se triplicará y España será el país más envejecido del mundo (ONU 2015). Las demencias son la tercera patología más prevalente en esta población y también tenderán a triplicarse (OMS 2015). La OMS ya comenta en su documento “Dementia: a health priority” de 2012, que las demencias son una prioridad en Salud Pública y que se necesitan realizar investigaciones para mejorar el conocimiento en medidas de prevención, y disponer de proveedores de atención primaria formados para introducir intervenciones no farmacológicas adecuadas.

La demencia condiciona la nutrición desde sus inicios. Hasta el 40% ya están desnutridos cuando se le diagnostica. Pero también van a desnutrirse durante su enfermedad, llegando a presentar dificultades para alimentarse hasta el 70% de ellos en las fases avanzadas.

Controlar la nutrición en estas personas es clave, para mantener o mejorar su calidad de vida. Para ello necesitamos identificar las dificultades para alimentarse de forma temprana, mediante herramientas específicas para esta población y adecuadas, validadas, sencillas de aplicar, que puedan ser utilizadas por distintos profesionales y en diferentes contextos.

La EdFED es una escala inglesa que reporta gran validez, tenerla traducida al idioma español podría orientar hacia nuevas intervenciones en la práctica clínica, a modificar conductas/ políticas de actuación en los entornos donde se encuentra en paciente, y abriría la puerta a futuras líneas de investigación.

- **Desarrollo:**

DISEÑO Y MÉTODO

Estudio Transversal en dos fases; una de adaptación transcultural y otra de validación psicométrica.

Población de estudio:

Mayores de 60 años, institucionalizados desde hacía al menos tres meses en Residencias o Centros de Día de Alzheimer, con diagnóstico demencia de cualquier tipo y en cualquiera de sus fases/estadios, y que precisaron ayuda para alimentarse (Barthel: Comer ≤ 5).

Tamaño muestral:

El cálculo muestral se realizó teniendo en cuenta prevalencia de demencia y desnutrición (10.8%)(Dasil et al. 2013) o riesgo de desnutrición (21%)(Camina Martín et al. 2012), sobre una población total de 1.500 ancianos. Asumiendo una pérdida potencial del 15%, dando un total de 251 sujetos.

PROCEDIMIENTO

A) Proceso de adaptación Transcultural

Tras la autorización del autor original de la escala, se inició el proceso de adaptación transcultural, teniendo en cuenta las normas propuestas por la International Test Commission (ITC) para la adaptación de una escala(ITC 2005) y siguiendo los cinco pasos propuestos por Guillemín F.(Guillemín, Bombardier, y Beaton 1993) para la adaptación de una escala: traducción, retro-traducción, revisión por un comité de expertos, prueba piloto y ponderación de los resultados.

B) Recogida de Datos:

Variables del estudio:

Datos tomados en **pacientes**: Edad, sexo, Barthel, Pfeiffer, IMC, MNA, medidas de la circunferencia del brazo (CB) y de la pantorrilla (CP), analítica de sangre (Hemograma, Albúmina, Colesterol, Proteínas totales y Transferrina). Y presencia de Diagnósticos enfermeros de Alimentación: Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales, Déficit de Autocuidados: alimentación y Deterioro de la deglución.

Datos tomados en **cuidadora familiar**: Edad, sexo, parentesco con respecto al paciente, nivel de sobrecarga en los cuidados mediante el Índice de Esfuerzo del Cuidador (IEC; ≥ 7 =cansancio en el rol del cuidador).

El EdFED fue completado por Enfermeras, Auxiliares y Cuidadoras Familiares, dando tres visiones posibles del mismo paciente, sobre varias comidas distintas.

C) Análisis de los datos:

Se realizó análisis exploratorio: estadística descriptiva.

Análisis bivalente mediante *t de Student* y *chi cuadrado* en el caso de que se distribuyeran normalmente. En caso contrario, se emplearon *pruebas no paramétricas*, como el test de Wilcoxon y la U de Mann-Whitney. Así mismo, se empleó ANOVA para la relación de variables cuantitativas y cualitativas, con medidas de robustez central en caso de no homocedasticidad (que se comprobará con la prueba de Levene) mediante prueba de Welch y Brown-Forsythe. Todos los cálculos se realizaron con intervalos de confianza al 95%.

Para la validación clinimétrica, se evaluó la fiabilidad interobservador y la fiabilidad test-retest, mediante coeficientes de correlación de Pearson y coeficiente de correlación intraclase. Igualmente, se evaluó la consistencia interna mediante el alpha de Cronbach.

Para la validez de constructo, se lleva a cabo análisis factorial confirmatorio con los siguientes índices: la función penalizadora (χ^2/gl), que es indicativa de buen ajuste con valores menores que 3; el índice RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation) y su intervalo de confianza (IC90%), tomando el valor 0,05 como valor de corte de buen ajuste; el NFI (Normed Fit Index), el CFI (Comparative Fit Index) y el GFI (Goodness of Fit Index), con un rango 0-1 y cuyo valor mínimo de buen ajuste es 0,90; y por último, el índice SRMR (Standardized Root Mean Square Residual), que indica buen ajuste con valores inferiores a 0,08. También se llevó a cabo análisis de componentes principales y extracción de factores mediante rotaciones oblicuas. Se realizó la prueba de esfericidad de Bartlett y test de KMO, para determinar la pertinencia del mismo. Se analizó la validez de criterio con los valores analíticos, IMC, MNA y respecto a diagnósticos enfermeros.

Resultados:

Se obtuvo una versión culturalmente adaptada de la escala EdFED al español, validada en 262 sujetos. 76.3% Mujeres, edad media 82,3 (DE: 7,9) años, MNA 18.7 (DE 4.4). IMC 24% (DE: 4.7), Albúmina 3.8 mg/dl (DE: 0.4). Consistencia interna: alfa de Cronbach 0.88, correlación inter-ítem global 0,43, índice de homogeneidad osciló entre 0.42-0.73. AFC reprodujo el modelo trifactorial original, con KMO 0.86 y test de esfericidad de Bartlett significativo ($p < 0.0001$) que explicaba un 62.4% de la varianza total, CMIN/DF 3,179; GFI 0,92; NFI 0,92; CFI 0,94 y RMSEA 0,10 (IC 90%: 0,084 a 0,121). La validez de criterio, mostró correlación moderada inversa y significativa con la Albúmina, Proteínas totales y Transferrina, e inversa: moderada con el IMC y buena con el MNA.

Discusión:

En este estudio se ha obtenido una versión adaptada al español fiable y válida, no sólo para su uso por enfermeras en residencias, sino también para su uso por cuidadoras familiares en la comunidad. Y a su vez se demuestra la correlación entre los resultados de la escala y MNA. Cuantos más comportamientos alterados presenta el paciente, más riesgo de/desnutrición tiene. Y como innovación se demuestra su correlación con los diagnósticos enfermeros de alimentación, indicando que mayores valores del EdFED, que significan mayor dificultad para alimentarse, correlacionan con una mayor presencia de estos diagnósticos.

Bibliografía:

Aselage, Melissa B., Elaine J. Amella, y Roger Watson. 2011. «State of the Science: Alleviating Mealtime Difficulties in Nursing Home Residents with Dementia». *Nursing Outlook* 59 (4): 210-14. doi:10.1016/j.outlook.2011.05.009.

Camina Martín, M^a. A., S. Barrera Ortega, L. Domínguez Rodríguez, C. Couceiro Muiño, B. de Mateo Silleras, y M. ^a P. Redondo del Río. 2012. «Presencia de malnutrición y riesgo de malnutrición en ancianos institucionalizados con demencia en función del tipo y estadio evolutivo». *Nutrición Hospitalaria* 27 (2): 434-40.

Chang, Chia-Chi, y Beverly L. Roberts. 2011. «Strategies for Feeding Patients with Dementia»: *AJN, American Journal of Nursing* 111 (4): 36-44. doi:10.1097/01.NAJ.0000396553.01996.5e.

Clavé, Pere, Viridiana Arreola, Mercedes Velasco, Miquel Quer, Josep Maria Castellví, Jordi Almirall, Pilar García Peris, y Ricardo Carrau. 2007. «Diagnóstico y tratamiento de la disfagia orofaríngea funcional. Aspectos de interés para el cirujano digestivo». *Cirugía Española* 82 (2): 62-76. doi:10.1016/S0009-739X(07)71672-X.

Clavé, Pere, Albert Verdaguer, y Viridiana Arreola. 2005. «Disfagia orofaríngea en el anciano». *Medicina Clínica* 124 (19): 742-48. doi:10.1157/13075447.

Dosil, A., C. Dosil, C. Leal, y S. Neto. 2013. «Estado nutricional de ancianos con deterioro cognitivo». *International Journal of developmental and Educational Psychology* 2 (1): 297-310.

Guillemin, F., C. Bombardier, y D. Beaton. 1993. «Cross-Cultural Adaptation of Health-Related Quality of Life Measures: Literature Review and Proposed Guidelines». *Journal of Clinical Epidemiology* 46 (12): 1417-32.

ITC. 2005. *ITC Guidelines for Translating and Adapting Tests*. Versión 1.0. <https://www.intestcom.org/page/16>.

OMS. 2015. «OMS | Alocución inaugural de la Directora General en la primera Conferencia Ministerial de la OMS sobre la Acción Mundial contra la Demencia». <http://www.who.int/dg/speeches/2015/dementia-conference/es/>.

ONU. 2015. «World Population Ageing 2015». <http://www.un.org/en/development/desa/population/>.

Palmer, Janice L., y Norma A. Metheny. 2008. «Preventing Aspiration in Older Adults with Dysphagia». *The American Journal of Nursing* 108 (2): 40-48; quiz 49. doi:10.1097/01.NAJ.0000308961.99857.33.

- **Conclusiones:**

1. Se ha conseguido una versión culturalmente adaptada, fiable y válida del Edinburgh Feeding Evaluation in Dementia Scale (EdFED). El modelo que mejor ajusta en nuestro medio es un modelo trifactorial que mantiene los factores originales, pero, con una ligera redistribución de ítems.
2. Actualmente, es una de las pocas herramientas de que disponemos para evaluar dificultades para alimentarse con validez y fiabilidad. Es específica para ancianos con demencia moderada-avanzada, ha sido evaluada en el medio residencial por enfermeras.
3. Se ha validado no sólo en centros residenciales de larga duración, sino también en centros de día de Alzheimer (para pacientes en la comunidad), medio cultural distinto para el que fue concebida.
4. El instrumento es fiable para su uso por cuidadores familiares y personal auxiliar de residencias.
5. Las dificultades para alimentarse muestran una correlación significativa y clínicamente relevante con marcadores séricos de nutrición. En un futuro, la detección de dificultades para alimentarse puede ser un factor preventivo esencial en población con demencias.
6. Los tres diagnósticos enfermeros relacionados con el área del autocuidado para la alimentación y la nutrición: Déficit de autocuidado: alimentación, Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales y Deterioro de la deglución, han mostrado asociación con la dificultad para la alimentación medida con el EdFED. Siendo la dificultad para alimentarse susceptible de definirse como un diagnóstico enfermero que podría dirigir las intervenciones de las enfermeras en estos pacientes.
7. De realizar el test de forma rutinaria al mismo paciente podremos incluso observar los cambios que van experimentando en estas habilidades y buscar soluciones tempranas, intervenciones más prácticas y menos caras que las alternativas actuales como la nutrición enteral, o menos desagradables o carentes de evidencia como las sondas.
8. Estos resultados abren la puerta a realizar estudios para evaluar si hay diferencias entre los distintos tipos de demencia, o en presencia de enfermedades neurodegenerativas, o incluso poder validar la escala en los pacientes de la comunidad como los domiciliarios.

- Anexos:

ANEXO 1. EdFED Original

Edinburgh Feeding Evaluation in Dementia (EdFED) (Roger Watson, 1993ayb)

Item	Never	Sometimes	Often
1. Does the patient require close supervision while feeding?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Does the patient require physical help with feeding?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Is there spillage while feeding?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Does the patient tend to leave food on the plate at the end of a meal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Does the patient ever refuse to eat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Does the patient turn his head away while being fed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Does the patient refuse to open his mouth?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Does the patient spit out his food?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Does the patient leave his mouth open allowing food to drop out?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Does the patient refuse to swallow?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Indicate the appropriate level of care for feeding required by patient:			
<input type="checkbox"/>	supportive-educative		
<input type="checkbox"/>	partly compensatory		
<input type="checkbox"/>	wholly compensatory		

1. Watson R. Measuring feeding difficulty in patients with dementia: perspectives and problems. J Adv Nurs. Enero de 1993;18(1):25-31.
2. Watson R. Estimating the relative level of feeding difficulty in elderly patients with dementia. University of Sussex, Brighton; 1993.

ANEXO 2. EdFED Español

Nunca	A veces	A menudo
(0)	(1)	(2)

1. ¿Requiere el paciente estrecha supervisión durante la alimentación?
2. ¿Requiere el paciente ayuda física con la alimentación?
3. ¿Se le derrama la comida mientras se alimenta?
4. ¿Tiende el paciente a dejar comida en el plato al final de la comida?
5. ¿Se niega el paciente alguna vez a comer?
6. Vuelve el paciente la cabeza hacia otro lado mientras se le alimenta?
7. ¿Se niega el paciente a abrir la boca?
8. ¿Escupe el paciente su comida?
9. ¿Deja el paciente la boca abierta permitiendo que la comida se caiga fuera?
10. ¿Se niega el paciente a tragar?

11. Indique el nivel adecuado de cuidado para la alimentación que requiere el paciente:

Apoyo-educativo

Parcialmente compensatorio

Totalmente compensatorio