



ORIGINAL

Caracterización de la autopercepción de los procesos de alimentación y deglución de adultos mayores pertenecientes a un Centro Comunitario de Salud Familiar (CECOSF)

Characterization of the self-perception of the feeding and swallowing processes of older adults belonging to a Community Family Health Center

Manuel Matías Ambiado-Lillo^a ✉, Javiera Ignacia Castro Monardes^a, Yayslen Ayleen Chambe Silva^a, Ninoska Damaru Latin Saavedra^a, Sui-ly Alejandra Lobos Carlo^a.

^a Fonoaudiología, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Arturo Prat. Iquique, Chile.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del Artículo:

Recibido: 06 10 2023
Aceptado: 08 01 2024

Key words:

Swallowing; Self-perception;
Dysphagia; EAT-10;
Presbyphagia.

Palabras clave:

Deglución; Autopercepción;
Disfagia; EAT-10;
Presbifagia.

RESUMEN

Introducción: La deglución es un proceso esencial para mantener la homeostasis corporal. Con el envejecimiento, se producen cambios tanto en las estructuras centrales como periféricas, dando lugar a la presbifagia, la cual implica alteraciones morfológicas y funcionales en el proceso deglutorio. Sin embargo, los reportes de prevalencia de dificultades deglutorias en adultos mayores son escasos en la actualidad.

Objetivos: Determinar la prevalencia de dificultades deglutorias producto del envejecimiento, y cómo se relacionan las dificultades autorreportadas con parámetros de seguridad, eficiencia, competencia y confortabilidad.

Método: Se realiza una investigación exploratoria-descriptiva considerando la valoración de autopercepción de 18 adultos mayores de la ciudad de Iquique, Chile.

Resultados: Se reportó una prevalencia del 27,78% en cuanto a las dificultades deglutorias autopercebidas.

Conclusiones: Los resultados orientan a la necesidad de una mayor utilización de instrumentos de pesquisa temprana, como lo son los cuestionarios de autorreporte.

ABSTRACT

Introduction: Swallowing is an essential process in maintaining body homeostasis. With aging, changes occur in both central and peripheral structures, giving rise to presbyphagia, which involves morphological and functional alterations in the swallowing process. However, reports on the prevalence of swallowing difficulties in older adults are currently scarce.

Objectives: To determine the prevalence of swallowing difficulties due to aging, and how self-reported difficulties are related to safety, efficiency, competence, and comfort parameters.

Method: To this end, exploratory-descriptive research was carried out considering the self-perception assessment of 18 older adults from the city of Iquique, Chile.

Results: A prevalence of 27.78% was reported in terms of self-perceived swallowing difficulties.

Conclusions: Results inform the need for greater use of early screening instruments, such as self-report questionnaires.

✉ Autor para correspondencia

Correo electrónico: mambiado@unap.cl

<https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2024.01.001>

e-ISSN: 2531-0186/ ISSN: 0716-8640/© 2024 Revista Médica Clínica Las Condes.

Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



INTRODUCCIÓN

En la actualidad, el proceso de envejecimiento avanza de forma acelerada. La Organización Mundial de la Salud (OMS)¹, afirma que entre el 2015 y 2050 las personas con más de 60 años aumentarán de un 12% a un 22% de la población. Se proyecta además que en el año 2050 los adultos mayores (AM) representarán el 25% de la población de América Latina². Frente a este aumento en la esperanza de vida de las personas, se ha puesto interés en identificar y caracterizar aquellos cambios que están asociados al proceso del envejecimiento normal, con el objetivo de expandir al máximo la potencialidad de las personas mayores, logrando una funcionalidad y autonomía durante el mayor tiempo posible.

La deglución y la alimentación se sitúan entre las variadas áreas de estudio que abordan los cambios morfológicos y fisiológicos que presentan las personas a medida que envejecen. En esta línea, desde hace algunas décadas se han publicado trabajos que establecen que existe una variabilidad en el funcionamiento sensoriomotriz en el adulto mayor⁸. Los cambios anatómicos y fisiológicos relacionados con la edad, que determinan la disfunción sensoriomotriz en ausencia de etiologías que expliquen las alteraciones, pueden propender a que los AM presenten presbifagia, la cual es definida como una alteración en el mecanismo de la deglución por consecuencia de los cambios anatomofuncionales que ocurren a nivel de cabeza y cuello, y que son propios del envejecimiento, entre los que se cuentan: pérdida de piezas dentales, disminución de la fuerza lingual, disminución del control motor oral sobre el bolo alimenticio, disminución de la sensibilidad gustativa, decremento en la elevación laríngea, enlentecimiento en la respuesta motora orofaríngea^{9,10}.

Si bien actualmente se cuenta con vasta información sobre los procesos biomecánicos y el control neuromotor de la deglución, aún existe mucho desconocimiento sobre la autopercepción deglutoria en los AM. Por este motivo, un abordaje de este fenómeno que considere los parámetros de seguridad, eficiencia, competencia y confortabilidad (SECC)¹⁰, mediante encuestas de autorreporte. Se puede mejorar el entendimiento de las variaciones deglutorias autopercebidas, las cuales son indispensables para la calidad de vida¹¹. La ejecución de estas acciones se alinea con las recomendaciones de la OMS, a saber; incluir encuestas de autoevaluación debido a que son un indicador de morbilidad¹², que, en adición, se presentan como herramientas útiles para orientar la elaboración de actividades preventivas¹³.

Considerando los antecedentes expuestos, el propósito de la investigación fue caracterizar la autopercepción que los AM poseen en relación a su proceso deglutorio y lograr identificar aquellas dificultades que refieren las personas en mayor medida al momento de alimentarse. Con tal finalidad se plantea como objetivo principal determinar la prevalencia de dificultades deglutorias asociadas al envejecimiento, relacionándolas a su vez con los parámetros SECC.

METODOLOGÍA

Diseño

Se realizó un estudio descriptivo transversal¹⁴.

Participantes

El muestreo fue de tipo no probabilístico propositivo por conveniencia, y la muestra fue constituida por 18 AM mayores de 60 años, pertenecientes al Centro Comunitario de Salud Familiar (CECOSF) Cerro Esmeralda de la ciudad de Iquique, con una edad media de 69,1 años.

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión: los individuos deben tener 60 años o más durante el proceso de evaluación, mantener una función cognitiva íntegra, ser usuarios del CECOSF Cerro Esmeralda, y proporcionar su firma de consentimiento voluntario para participar en el estudio.

Criterios de exclusión: presentar síntomas de COVID-19 al momento de la evaluación, malformaciones craneofaciales o alteraciones neuromotoras.

Instrumentos

Entre los instrumentos utilizados se pueden diferenciar los utilizados para la caracterización de los participantes, como lo es el *Eating Assessment Tool* (EAT-10), de los utilizados para la selección de los participantes de acuerdo con los criterios de inclusión/exclusión, los cuales son anamnesis y *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA).

Anamnesis: se consideró la información referente a identificación, antecedentes familiares, antecedentes socioeconómicos, y antecedentes mórbidos de la persona¹⁵.

Montreal Cognitive Assessment (MoCA): prueba de tamizaje cognitivo ideada para la detección de deterioro cognitivo leve, evalúa atención, memoria, lenguaje, abstracción, funciones ejecutivas, capacidades visoconstructivas, cálculo y orientación. Su aplicación tarda 10 minutos aproximadamente. El puntaje máximo son 30 puntos con un criterio de corte de 26 puntos¹⁶.

Eating Assessment Tool (EAT-10): instrumento de autorreporte para el despistaje de disfagia, conformado por un cuestionario de 10 preguntas, las cuales presentan una escala de respuesta subjetiva de 0 a 4, siendo 0 indicativo de ausencia de problema y 4 considerado como un problema serio. Tiene un puntaje total de 40 puntos, la puntuación de la persona se obtiene mediante la sumatoria del puntaje de cada pregunta. A nivel internacional se consideran potenciales disfagia puntuaciones de 3 o más puntos, mientras que en Chile se considera presencia de alteraciones deglutorias si se obtiene un puntaje igual o mayor a 7 puntos^{17,18}.

Procedimiento

La información fue recolectada entre septiembre y octubre del 2021, con enrolamiento de los participantes posterior a una exposición oral realizada en el CECOSF Cerro Esmeralda por el equipo de investigación. Se tomaron los datos personales mediante una breve anamnesis, con posterior aplicación del MoCA, y finalmente del EAT-10.

Análisis de datos

El plan de análisis consideró la categorización de cada una de las preguntas incluidas en EAT-10 según parámetros SECC de acuerdo a su naturaleza como se detalla en la tabla 1. Con base en esta información, se procedió a analizar mediante estadísticos descriptivos, entre los que se cuentan análisis frecuenciales, porcentuales, medidas de tendencia central y de dispersión, para lo cual se utilizó el software SPSS 29.0.1.0.

RESULTADOS

Respecto a las características generales de la muestra, fue constituida por 18 AM con una edad media de 69,1 años (rango 63 - 77 años), una desviación estándar de 5,9 años, todas mujeres.

La prevalencia de disfagia autopercebida, establecida mediante el puntaje de corte nacional, se estima en un 27,78%.

Al analizar cada uno de los parámetros SECC de forma individualizada, a saber, seguridad, eficiencia, competencia y confortabilidad, se establece que, en **seguridad**, el 60% de la muestra refiere presentar alteraciones prevalencia establecida de acuerdo a la individualización de los enunciados que constituyen el EAT-10, el cual para este caso fue *“toso cuando como”*.

En cuanto a la **competencia**, nuevamente el 60% de la muestra informa sobre alteraciones del proceso deglutorio, los enunciados individualizados para estos resultados son: *“cuando trago la comida*

se pega en mi garganta”, “tragar líquido me supone un esfuerzo extra”, “tragar sólidos me supone un esfuerzo extra”, y “tragar pastillas me supone un esfuerzo extra”.

Las alteraciones de **eficiencia** reportan alteraciones en el 40% de los AM, quienes respondieron de forma afirmativa el enunciado *“Mi problema para tragar me ha llevado a perder peso”*.

Finalmente, el parámetro de **confortabilidad**, fue reportado en el 40% de los participantes como un motivo de alteración autopercebida, este parámetro se relaciona con los enunciados: *“mi problema para tragar interfiere con mi capacidad para comer fuera de casa”, “tragar es doloroso”, “el placer de comer se ve afectado por mi problema para tragar”, y “tragar es estresante”*.

Un resultado emergente, que no fue considerado *a priori* en el análisis de resultados, es la alta incidencia de pérdida de piezas dentarias. Es significativo informar que el 100% de los participantes presenta ausencia parcial o total de éstas. Del total, el 80% utiliza prótesis dental en arcada superior, 20% lo hace en arcada superior e inferior, pero solo el 40% las utiliza de manera permanente.

DISCUSIÓN

El objetivo principal de la investigación fue determinar la prevalencia de dificultades deglutorias producto del envejecimiento, al considerar que en la actualidad los procesos de alimentación y deglución tienden a abordarse desde la funcionalidad neurofisiológica, dejando relegada la autopercepción a un segundo plano. Pese a ello, la OMS ha sido explícita en la necesidad de considerar las sensaciones personales en las exploraciones realizadas en salud¹². En esta línea, los resultados obtenidos permiten caracterizar el proceso deglutorio y establecen que los indicadores preponderantes de alteraciones en la deglución autopercebidos son tos post deglutoria, residuos faríngeos y di-

Tabla 1. Categorización de preguntas según parámetros SECC

Parámetros SECC	Pregunta del cuestionario EAT-10
Seguridad	Toso cuando como.
Eficiencia	Mi problema para tragar me ha llevado a perder peso.
Competencia	Cuando trago la comida se pega en mi garganta. Tragar líquido me supone un esfuerzo extra. Tragar sólidos me supone un esfuerzo extra. Tragar pastillas me supone un esfuerzo extra.
Confortabilidad	Mi problema para tragar interfiere con mi capacidad para comer fuera de casa. Tragar es doloroso. El placer de comer se ve afectado por mi problema para tragar. Tragar es estresante.

Fuente: Elaboración propia.

ficultades en la deglución de alimentos con consistencia sólida, resultados concordantes con los expuestos por Barrón et al.¹⁹, quienes además han establecido que la prevalencia de presbifagia es de un 29,5%, distando menos de un 2% con la prevalencia en la población del presente estudio, la cual representa al 27,78% de los participantes. Esta diferenciación puede encontrar su causa en el complemento a la valoración de autopercepción mediante la exploración funcional de la deglución a través del “método exploratorio clínico volumen - viscosidad (MECV-V) incluido por el equipo de Barrón, antecedente que podría incidir en una identificación no reportada de las alteraciones deglutorias autopercebidas.

El objetivo secundario se orientó a relacionar las dificultades autorreportadas con cada uno de los parámetros SECC, es así que al realizar un análisis más detallado por cada uno de los parámetros SECC, no es sorprendente la gran incidencia de alteraciones, dado que estas evidencian las “variaciones o adaptaciones relacionadas con la etapa del ciclo vital y las comorbilidades adyacentes. Específicamente, en los adultos mayores de 65 años y más, se visualizan cambios orofaríngeos generados por el envejecimiento que impactan la neurofisiología y la anatomía¹⁰. En esta línea, la alta prevalencia en alteraciones de **competencia** es esperable en los AM dada la naturaleza del parámetro, que, sin lugar a dudas, es el que más se resiente por los cambios morfológicos y biomecánicos que ocurren en este rango etario²⁰.

La alteración en el parámetro de **seguridad** también registra una alta prevalencia correspondiente al 60% de los participantes, resultados coherentes con las descripciones teóricas del proceso deglutorio⁷. Esto, debido a que en la medida en que se pierde competencia de estructuras y funciones estomatognáticas se hacen más propensos los episodios de penetración y/o aspiración de alimentos. La baja cohesión del bolo alimenticio en conjunto con la disminución de la actividad muscular en los constrictores faríngeos provoca un aumento de residuos faríngeos en vallécula y senos piriformes²¹, y si bien, según el modelo deglutorio específico para alimentos sólidos la estasis faríngea transitoria no es considerada como patológica²², la acumulación excesiva aumenta la posibilidad de penetración y/o aspiración de alimentos post deglución.

En relación a las alteraciones de la **confortabilidad**, la prevalencia disminuye a un 40%, sin embargo, sigue siendo un valor que repercute en más de un tercio de los AM que participaron en la investigación. Las preguntas que se orientan al análisis de confortabilidad expuestas en la tabla 1, se asocian directamente con las descripciones del impacto psicológico y social que conlleva la presbifagia^{23,24}, y la incidencia es cercana a la evitación de comer con otros (36%) y a la sensación placentera de alimentación (45%) en términos globales²⁵.

El último parámetro analizado es el de **eficiencia**, el cual presenta una prevalencia del 40% nuevamente. Este antecedente deja en evidencia que más de un tercio de la población de estudio refiere haber notado una pérdida de peso asociada directamente a la dificultad deglutoria, lo que podría ser aún mayor al considerar que la eficiencia además de la ingesta calórica, considera la ingesta hídrica, que, de forma habitual, su deficiencia es menos notoria que la pérdida de peso. Al considerar esta caracterización, se puede establecer que estos déficit calóricos e hídricos repercuten directamente en la homeostasis corporal¹⁰, que en consecuencia genera un fenómeno de efecto dominó entre todos los parámetros analizados de cara a los procesos de alimentación y deglución.

En cuanto a la efectividad de la detección temprana mediante el EAT-10, es importante resaltar que, si bien ha sido una herramienta de uso frecuente en el despistaje de disfagia, está altamente condicionada por la condición basal de las personas evaluadas. Así lo demuestra una reciente investigación que correlaciona los resultados obtenidos en EAT-10 con grupos de estudio diferenciados como enfermedad de Parkinson, ataque cerebro vascular y cáncer de cabeza y cuello, resultados que destacan la gran diferenciación entre las asociaciones para cada uno de ellos²⁶, lo que hace presumir que grupos configurados de acuerdo a distintos rangos etarios en condiciones premórbidas también podrían llegar a presentar desigualdades.

LIMITACIONES Y PROYECCIONES

Sin duda una de las mayores limitaciones del estudio es la baja cantidad de participantes, esto se debe por una parte al contexto sanitario que se vivió a nivel mundial por la pandemia relacionada con el COVID-19. Una mayor cantidad de autorreportes podrían generar una mayor perspectiva en cuanto a los parámetros analizados y sus posibles relaciones con la calidad de vida.

Desde una perspectiva clínica, no considerar la valoración directa de la deglución incluyendo diversos volúmenes y consistencias también ha limitado la posibilidad de análisis estadísticos inferenciales que podrían ser un aporte a la hora de inferir posibles explicaciones. Pese a ello, esta limitación se puede abordar como una proyección al continuar con el análisis de autorreporte y valoración clínica de la deglución en una mayor cantidad de AM.

CONCLUSIONES

El análisis detallado de los parámetros de seguridad, eficiencia, competencia y confortabilidad reveló que una proporción significativa de la muestra presentaba alteraciones en estos aspectos relacionados con la deglución. Los problemas más comunes incluyeron tos al comer, dificultad para tragar líquidos y sólidos, pérdida de peso asociada a problemas para tragar y molestias al comer fuera de casa.

El EAT- 10 es una herramienta de uso tradicional que permite realizar análisis específicos de cada uno de los parámetros SECC de acuerdo a su asociación con las preguntas que lo integran.

Los cuestionarios de autorreporte se posicionan como una alternativa eficiente para la pesquisa temprana de afecciones

deglutorias, las cuales podrían acarrear consecuencias negativas para la calidad de vida de las personas al no ser considerados como prioritarios en los exámenes médicos preventivos de los AM.

Consideraciones éticas

La investigación se realizó enmarcada en los lineamientos propuestos en la Declaración de Helsinki. Para consideración de los participantes se expuso toda la información en un consentimiento informado que debieron leer y firmar previo a la realización de todo tipo de actividad.

El proyecto de investigación se aprobó por el Comité de Ética Científica de la Corporación Municipal de Desarrollo Social Iquique (CORMUDES) bajo el código 1628017110766.

Conflictos de interés

Los autores declaran que la elaboración del artículo no contempla conflicto de intereses entre terceros y los autores.

Financiación

Ninguna declarada por los autores

Agradecimientos

Agradecemos a todos los usuarios del Centro Comunitario de Salud Familiar Cerro Esmeralda de la ciudad de Iquique que participaron en el proyecto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS: Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud. 2022. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
2. OMS: Organización Mundial de la Salud. 69.ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD A69/17 Punto 13.4 del orden del día provisional. Acción multisectorial para un envejecimiento saludable basado en el ciclo de vida: proyecto de estrategias y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud. Informe de secretaría. 2016. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_17-sp.pdf
3. Cook LJ, Weltman MD, Wallace K, Shaw DW, McKay E, Smart RC, et al. Influence of aging on oral-pharyngeal bolus transit and clearance during swallowing: scintigraphic study. *Am J Physiol*. 1994;266(6 Pt 1):G972-7. doi: 10.1152/ajpgi.1994.266.6.G972
4. Robbins J. Normal swallowing and aging. *Semin Neurol*. 1996;16(4):309-317. doi: 10.1055/s-2008-1040989
5. Humbert IA, Robbins J. Dysphagia in the elderly. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 2008;19(4):853-866, ix-x. doi: 10.1016/j.pmr.2008.06.002
6. Patino-Hernandez D, Borda M, Venegas L, Chavarro-Carvajal D, Cano-Gutiérrez C. Disfagia sarcopénica. *Rev Colomb Gastroenterol*. 2016;31(4):418-423. doi: 10.22516/25007440.117
7. Namasivayam-MacDonald AM, Riquelme LF. Presbyphagia to Dysphagia: Multiple Perspectives and Strategies for Quality Care of Older Adults. *Semin Speech Lang*. 2019;40(3):227-242. doi: 10.1055/s-0039-1688837
8. Venegas M, Navia R, Fuentealba I, Diez de Medina M, Kunstmann P. Manejo hospitalario de la persona mayor con disfagia. [Clinical management of elderly with dysphagia]. *Rev Med Clin Condes*. 2020;31(1):50-64. doi: 10.1016/j.rmclc.2019.09.005
9. Azzolino D, Damanti S, Bertagnoli L, Lucchi T, Cesari M. Sarcopenia and swallowing disorders in older people. *Aging Clin Exp Res*. 2019;31(6):799-805. doi: 10.1007/s40520-019-01128-3
10. Amiado-Lillo MM, Borjas Galvis J. Presbifagia: Una Mirada a los Procesos de Alimentación y Deglución en los Adultos Mayores. [Presbyphagia: A Look at Feeding and Swallowing Processes in Older Adults]. *Areté*. 2021;21(1):105-112. doi: 10.33881/1657-2513.art.21110
11. Villalobos Cano A. Autopercepción de la calidad de vida en adultos mayores. *Rev Med Costa Rica y Centroamer*. 2008;65(585):247-254. Disponible en <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2008/rmc084e.pdf>
12. Moreno X, Huerta M, Albala C. Autopercepción de salud general y mortalidad en adultos mayores. *Gac Sanit*. 2014;28(3):246-252. doi: 10.1016/j.gaceta.2013.07.006
13. Borrell C, Rodríguez-Sanz M. Aspectos metodológicos de las encuestas de salud por entrevista: aportaciones de la Encuesta de Salud de Barcelona 2006. *Rev Bras Epidemiol*. 2008;11(1):46-57. doi: 10.1590/s1415-790x2008000500005
14. Hernández-Sampieri R, Mendoza CP. Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. Ciudad de México, México: Editorial Mc Graw Hill Education; 2018
15. Moreno-Rodríguez MA. El arte y la ciencia en la anamnesis. *MediSur*. 2010;8(5):28-32. Disponible en <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180020098005>
16. Delgado C, Araneda A, Behrens MI. Validation of the Spanish-language version of the Montreal Cognitive Assessment test in adults older than 60 years. *Neurologia (Engl Ed)*. 2019;34(6):376-385. English, Spanish. doi: 10.1016/j.nrl.2017.01.013

17. Giraldo-Cadavid LF, Gutiérrez-Achury AM, Ruales-Suárez K, Rengifo-Varona ML, Barros C, Posada A, et al. Validation of the Spanish Version of the Eating Assessment Tool-10 (EAT-10spa) in Colombia. A Blinded Prospective Cohort Study. *Dysphagia*. 2016;31(3):398-406. doi: 10.1007/s00455-016-9690-1
18. Fernández-Rosati J, Lera L, Fuentes-López E, Albala C. Validez y confiabilidad del cuestionario Eating Assessment Tool 10 (EAT-10) para detectar disfagia en adultos mayores chilenos. [Validation of the eat-10 score to detect dysphagia in older people]. *Rev Méd Chile*. 2018;146(9):1008-1015. doi: 10.4067/s0034-98872018000901008
19. Barrón V, Artiaga C, Higuera V, Rodríguez A, García V, Sanhueza M, et al. Ingesta alimentaria y prebifagia en adultos mayores activos de la comunidad de Chillán, Chile. [Food intake and presbyphagia in active elderly adults in Chillán, Chile]. *Rev Chil Nutr*. 2020;4(4):580-587. doi: 10.4067/S0717-75182020000400580
20. Rosa MI, Duek V. Cap. 14: Envejecimiento y Deglución. En: *Manual de Fonoestomatología. Clínica, diagnóstico y tratamiento de las alteraciones en la deglución y alimentación en niños y adultos*. Argentina: Akadia; 2018.
21. Ariza-Galindo C, Rojas D. Disfagia en el adulto mayor. *Rev Universitas Medica*. 2020; 61(4): 117-128. doi: 10.11144/javeriana.umed61-4. disf
22. Ortega F. *Disfagia Neurogénica. Bases conceptuales y metodológicas para la intervención fonoaudiológica de trastornos de la deglución en el adulto*. Chile: ENM editions; 2020.
23. Farri A, Accornero A, Burdese C. Social importance of dysphagia: its impact on diagnosis and therapy. *Acta Otorhinolaryngol Ital*. 2007;27(2):83-86.
24. Ortega O, Martín A, Clavé P. Diagnosis and Management of Oropharyngeal Dysphagia Among Older Persons, State of the Art. *J Am Med Dir Assoc*. 2017 Jul 1;18(7):576-582. doi: 10.1016/j.jamda.2017.02.015
25. Ekberg O, Hamdy S, Woisard V, Wuttge-Hannig A, Ortega P. Social and psychological burden of dysphagia: its impact on diagnosis and treatment. *Dysphagia*. 2002;17(2):139-146. doi: 10.1007/s00455-001-0113-5
26. Bartlett RS, Kenz MK, Wayment HA, Thibeault SL. Correlation Between EAT-10 and Aspiration Risk Differs by Dysphagia Etiology. *Dysphagia*. 2022;37(1):11-20. doi: 10.1007/s00455-021-10244-0