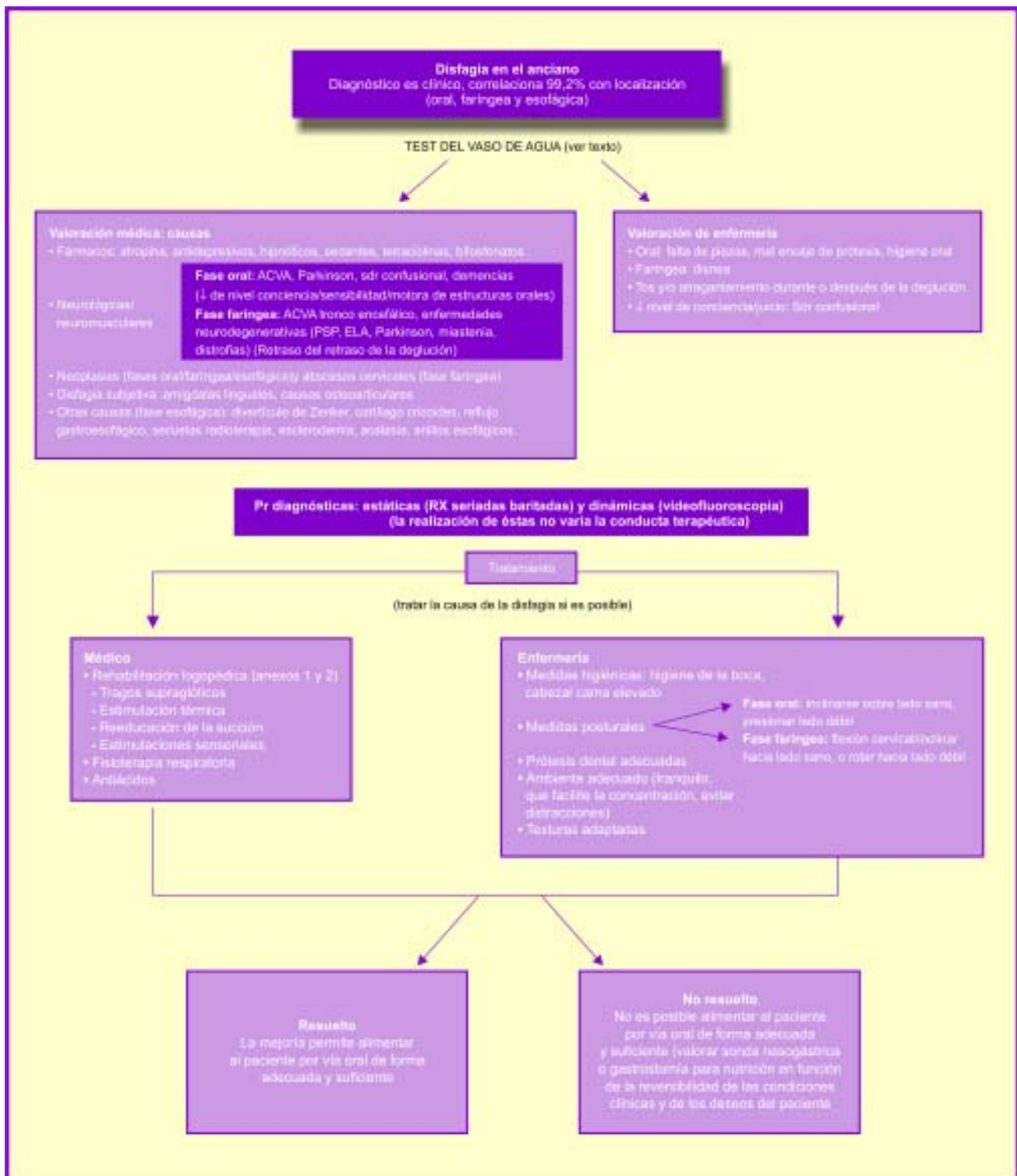


Disfagia en el anciano

Evora Betancor, Pilar Serrano, Ascensión Esperanza, Ramón Miralles, Antón M^a Cervera

Servicio de Geriátria del IMAS, Hospital de la Esperanza, Centro Fórum, Hospital del Mar. Instituto de Atención Geriátrica y Sociosanitaria (IAGS), Barcelona. Universidad Autónoma de Barcelona.

Correspondencia: Dra. Evora Betancor. Servicio de Geriátria del IMAS. Unidad de Convalecencia. Hospital de la Esperanza. San José de la Montaña, 12. 08024 Barcelona



Disfagia en el anciano

Los trastornos de la deglución son frecuentes en ancianos en el ámbito sociosanitario e influyen notablemente en la calidad de vida de estas personas. En pacientes institucionalizados la incidencia varía del 30-40%, sobre todo en aquellos que padecen deterioro cognitivo, o secuelas de enfermedad vascular cerebral (la incidencia oscila entre 25-50% en estos pacientes). La historia clínica y la exploración física orientan de una forma muy aproximada sobre la etiología y localización de la lesión que ocasiona la disfagia, correlacionando la clínica en un 99,2% con la localización (oral, faríngea o esofágica)^{1,2}.

Un objetivo del equipo asistencial que atiende a estos pacientes es detectar el problema y determinar qué técnicas terapéuticas le ayudarán a mejorar la ingesta oral y a disminuir el riesgo de broncoaspiración.

1. El primer paso del algoritmo objetiva la disfagia, que se manifiesta clínicamente por signos de aspiración, como son voz húmeda, atragantamientos, tos inmediata o diferida, o permanencia del bolo en la cavidad oral. Desde el punto de vista clínico puede ser útil el test del vaso de agua para objetivar disfagia oral o faríngea. Consiste en dar 50cc de agua y observar si aparece tos o atragantamiento en un primer tiempo, luego dar 50cc de gelatina u otro espesante similar y observar también si aparecen signos de atragantamiento. Si es positivo para cualquiera de las dos consistencias se confirma la existencia de disfagia. Esta prueba mejora su sensibilidad en la detección de aspiración si se monitoriza al mismo tiempo la saturación de oxígeno^{3,4}.
2. Como segundo paso en el algoritmo, ante esta clínica se debe investigar las diferentes causas que pueden originar el problema deglutorio; cualquier patología o fármaco que ocasione disminución del nivel de conciencia o deterioro de la capacidad de juicio puede crear un problema de deglución a distintos niveles. Por otra parte, un ictus puede afectar a la deglución tanto en la fase oral como faríngea, pero el trastorno más común en esta patología es el retraso en la deglución, seguido de la disminución del peristaltismo faríngeo y la alteración del control lingual. Los fármacos también pueden producir sequedad oral o esofagitis y ser causa de disfagia.
3. Una vez realizado el diagnóstico clínico existen pruebas diagnósticas que no se encuentran disponibles en todos los medios asistenciales, y que generalmente no variarán la conducta dirigida a adoptar medidas que eviten la aspiración. Estas pruebas pueden ser estáticas (estudio radiológico seriado baritado), o dinámicas (la videofluoroscopia, que constituye la prueba diagnóstica de referencia). Aunque estas pruebas detectan bien si la deglución está alterada, su utilidad clínica para tomar decisiones es controvertida, ya que hay mala correlación entre la intensidad de la aspiración observada y la probabilidad de desarrollar neumonía⁵. Por ello, aunque en ocasiones se usa la videofluoroscopia para documentar la intensidad de la disfagia y en consecuencia indicar la colocación de sonda nasogástrica o gastrostomía, no se ha demostrado que esta conducta disminuya el riesgo de neumonía por aspiración^{5,6}.
4. El tratamiento de la disfagia tendrá como objetivo principal, alimentar al paciente y prevenir la aspiración. Dicho tratamiento puede ser realizado idealmente por un logopeda, aunque el equipo asistencial, con la participación del familiar, pueden aprender y utilizar técnicas sencillas, encaminadas a evitar la aspiración y facilitar la deglución. En los anexos 1 y 2 se describen las técnicas más adecuadas para cada tipo de disfagia. Cuando el paciente aprende a utilizar estas técnicas de forma continuada, habitualmente mejora^{2,7,8}.

caso clínico

Paciente varón de 75 años. Sin hábitos tóxicos y sin alergias medicamentosas conocidas.

Antecedentes patológicos

- Hábitos: Ex fumador desde hace 15 años. Enolismo 40 gr/día.
- Hipertensión en tratamiento con inhibidores de la ECA.
- Dolor anginoso, no estudiado hace 15 años, en la actualidad asintomático, sigue tratamiento con AAS.
- Dolor articular rodilla derecha
- Síndrome depresivo que mejoró con tratamiento hace 20 años.

Situación previa

El paciente era independiente para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria (Barthel 100, Lawton 7). No evidencia de deterioro cognitivo.

Vivía en pareja en un piso alto con ascensor.

Enfermedad actual

El paciente ingresa en un hospital de agudos tras presentar caída al suelo con imposibilidad para levantarse, objetivándose una hemiplegia izquierda. Consciente, desorientado. Disartria y disfagia. Se realiza TAC craneal en el que se diagnostica hematoma capsulo lenticular derecho de posible origen hipertensivo. Durante su estancia en el hospital de agudos se detectó diabetes tipo II, no conocida previamente, presentaba disfagia y tuvo una broncoaspiración que se complicó con una neumonía y que se resolvió con tratamiento antibiótico. Al alta es portador de una sonda nasogástrica para alimentación. Posteriormente se trasladó a un servicio de rehabilitación hospitalario, en donde se le practicó fisioterapia y logopedia con lenta mejoría. Durante su estancia en dicho servicio, se le practicó una videofluoroscopia que demostró un entecimiento importante de la fase oral y paso de contraste a vías respiratorias.

Exploración física

Paciente consciente, orientado, sin adenopatías. Aparato respiratorio normal. Aparato cardiovascular con ruidos rítmicos, no soplos. Abdomen: blando y depresible, sin alteraciones patológicas. Sistema nervioso. Hemiplejia izquierda con babinski del mismo lado, lenguaje con disartria leve (mejorado respecto al momento del ingreso). Pares craneales normales, reflejo nauseoso conservado. Portador de sonda nasogástrica.

Valoración geriátrica al ingreso

Capacidad Funcional: dependiente para actividades básicas de la vida diaria (índice de Barthel 15 puntos). Sedestación en silla de ruedas varias horas al día.

Estado mental: función cognitiva conservada con un Mini-Mental de Folstein de 27 (sobre 30 puntos). Ausencia de síntomas depresivos (GDS de Yesavage 3 puntos).

Estado nutricional: Índice de masa corporal 23,2. Circunferencia brazo 25 cm. Albumina 3,1 g/dL; colesterol total 108 mg/dL (desnutrición proteica).

Índice de comorbilidad de Charlson 2 puntos.

Diagnósticos de enfermería

- Deterioro de la movilidad física r/c deterioro neuromuscular.
- Deterioro de la deglución r/c deterioro neuromuscular.
- Riesgo de aspiración.

Comentario del caso

Al ingreso en la unidad de convalecencia el paciente se alimentaba mediante sonda nasogástrica que era mal tolerada y debía ser cambiada con frecuencia por autoextracción, siendo difícil llevar un control exacto de las calorías que recibía el paciente. Por este motivo, estaba programada la colocación de una gastrostomía, cuya inserción se llevó a cabo durante la siguiente semana.

Desde el momento de la colocación de la gastrostomía la nutrición fue tolerada sin problemas. Se continuó el tratamiento farmacológico y también el tratamiento rehabilitador se las secuelas de su accidente cerebrovascular, encaminado a conseguir máxima independencia en las actividades de la vida diaria. Dado que el paciente tenía una función cognitiva bien conservada y una buena capacidad de colaboración y que tanto él como su familia, participaban activamente en el proceso de recuperación, se consideró la posibilidad de iniciar tratamiento con logopedia y con cuidados de enfermería para conseguir la ingesta por vía oral.

Al principio la ingesta oral que se introdujo fue exclusivamente unas cucharadas al día de leche y agua con espesante para facilitar la deglución, pues si no presentaba tos. Posteriormente se fue aumentando la ingesta paulatinamente.

En todo momento se siguió manteniendo la dieta enteral para evitar el deterioro del estado nutricional del paciente y para mantener una correcta hidratación. Se explicó y enseñó al paciente y familia la importancia del tratamiento postural:

- Estar pendiente de lo que se va a hacer, sin distracciones.
- Ambiente cómodo y relajado.
- Posición correcta, espalda recta y cuello hacia delante acompañando el movimiento de deglución.
- Ingerir cantidades pequeñas y dar tiempo suficiente para deglutir.
- Modificaciones respiratorias ejercicios de inhalar antes de tragar y sacar aire después de la deglución para mantener las vías respiratorias limpias.
- No mezclar sólido con líquidos.

Se contactó con la dietista para adecuar al máximo la dieta, desde la textura más suave a la más sólida, teniendo en cuenta los gustos del enfermo.

Al finalizar cada comida se revisaba con el paciente lo ingerido y se reforzaba el objetivo de conseguir alimentación por vía oral.

Al mes y medio de seguir con este plan de cuidados se pudo retirar la gastrostomía y el enfermo se fue de alta con alimentación por vía oral.

1. Elliot JL. Swallowing disorders in the elderly: A guide to diagnosis and treatment. *Geriatrics* 1998;43(1):95-113.
2. Jiménez Rojas C, et al. *Recuperación de la disfagia después de un ictus*. Madrid: Hospital Central de Cruz Roja de Madrid, 2004.
3. Grupo de Trabajo IMSERSO-SEGG. *Protocolos de intervención psicossocial y sociosanitaria. Atención a personas mayores que viven en residencias*. Madrid: Eds Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (IMSERSO) 1999;119-30.
4. Smith HA, Lee SH, O'Neill PA, et al. The Combination of bedside swallowing assessment and oxygen saturation monitoring in acute stroke: a safe and human screening tool. *Age & Ageing* 2000;29:495-9.
5. Sallout H, et al. The aging esophagus. *Clin Geriatr Med* 1999;15(3):439-59.
6. Callahan ChM, et al. *Disfagia y alimentación con sonda*. Geriatrics Review Syllabus 4th ed. *American Geriatrics Society (Ed Esp)* 2001;91-4.
7. Heimilch HS. Rehabilitation of swallowing after stroke. *Ann Otol Rhinol and Laringol* 1983;92:357-9.
8. Logemann J. Evaluation of swallowing disorders. En: *Evaluation and treatment of swallowing disorders*. Logemann J. Boston: College-Hill Press, 1983;89-125.

anexo 1

REHABILITACIÓN LOGOPÉDICA

1. *Terapia indirecta*

- Modificaciones posturales para favorecer los tragos:
 - Disfagia oral:
 - Por ↓ tensión geniana: Flexión de la cabeza hacia lado sano, presionando el lado débil.
 - Por ↓ movilidad lingual: Hiperextensión cervical, posicionando atrás los alimentos.
 - Por cierre defectuoso de los labios: ejercicios labiales.
 - Disfagia faríngea:
 - Por reflejo retrasado o ausente: flexión de cabeza.
 - Por hemiparesia faríngea/ peristalsis ↓: Flexión al lado sano o rotarla al débil.
- Tragos supraglóticos.
- Estimulación térmica de los pilares tonsilares, con frío (especulo enfriado o polos/hielo).
- Reeducación de la succión mediante técnica de Heimilch.
- Ejercicios labiales, linguales.

2. *Terapia directa: ensayo de texturas*

Más densa a menos densa, dejando los sólidos, para el final, y evitando las texturas mixtas, de forma progresiva y ensayando los tragos cada vez.

- Succión de cítricos fríos (polos)
- Gelatinas
- Espesantes
- Purés
- Semisólidos (natillas, yogures, tortillas, croquetas...): Estos alimentos serán introducidos en la dieta del paciente a medida que se vaya asegurando la capacidad de deglutirlos sin datos de aspiración (tos inmediata o diferida, voz húmeda, atragantamientos).

anexo 2

TRAGOS SUPRAGLÓTICOS

1. Nosotros haremos un trago con la mano del paciente en nuestra región cervical anterior (en el margen superior del cartílago tiroides), para que note la movilización del cartílago.
2. Instruir con nuestra mano en su cuello:
 - El paciente inspira profundamente.
 - Contiene la respiración.
 - Realiza un trago de forma consciente y forzado movilizándolo visiblemente las estructuras (idealmente debe producir ruido).
 - Espirar.
3. El paciente debe toser y aclarar la garganta inmediatamente después de tragar.
4. Comprobar que no existen signos de aspiración (voz húmeda, tos diferida).