

Original

Manejo de la disfagia en el anciano institucionalizado: situación actual

J. J. Botella Trelis* y, M. I. Ferrero López**

* *Geriatra. Médico Adjunto. Servicio de Medicina Interna.* ** *Diplomada en Enfermería. Servicio de Dietética. Hospital Dr. Moliner. Conselleria de Sanitat. Serra. Valencia. España.*

Resumen

Estudio de la disfagia en ancianos, tanto hospitalizados como aquellos que viven en residencias, valorando causas, características y complicaciones, así como las medidas de intervención más habituales.

Sujetos y método: Estudio retrospectivo de las complicaciones causadas por las disfgias en los últimos 4 años en un hospital de media y larga estancia. Revisión de casos de disfagia durante el último año. Estudio transversal sobre medidas adoptadas ante éstos. Encuesta sobre los casos de disfagia en todas las residencias censadas de la Comunidad Valenciana.

Resultados: Hospital: el 58% de los facultativos estiman que un 20% de enfermos presentan disfagia. El 13% de las dietas anuales son específicas para disfagia. El 100% incluye la utilización de espesantes para líquidos.

Residencias: Se recogen 107 encuestas, con un total de 7.057 usuarios, el 3,6% presenta disfagia. El 54% de las residencias afirma contar con dieta especial para disfgias. Emplean sondas nasogástricas (51%) y sondas de gastrostomía (30%). Complicaciones más habituales: aspiraciones (75%), deshidratación (39%), desnutrición (32%) y neumonías (31%).

Conclusiones: La disfagia es un problema que afecta a la población anciana de forma importante. A nivel hospitalario se realiza una dieta adecuada, cabría ampliar su indicación, así como las medidas de intervención y valoración. Las complicaciones son importantes pero no quedan codificadas correctamente en las historias clínicas. Los ancianos con disfagia en las residencias presentan importantes complicaciones. Las medidas dietéticas en estas deberían ser ampliadas y establecer criterios de intervención adecuados.

(*Nutr Hosp* 2002, 17:168-174)

Palabras clave: *Anciano. Aspiración. Disfagia. Neumonía.*

Correspondencia: José J. Botella Trelis.
Servicio de Medicina Interna.
Hospital Dr. Moliner.
Porta Coeli, s/n.
46118 Serra (Valencia)
Correo electrónico: botella_jos@gva.es

Recibido: 18-IX-2001.
Aceptado: 20-XII-2001.

HANDLING OF DYSPHAGIA IN THE INSTITUTIONALIZED ELDERLY: CURRENT SITUATION

Abstract

Elderly patients suffering from dysphagia, institutionalised either in hospital or nursing homes, have been studied. Etiology, characteristics and complications of dysphagia were studied as well as the most frequently used strategies to improve the management of swallowing disorders.

Subjects and methods: A retrospective study of the complications of dysphagia found during the last 4 years in our hospital were conducted in addition to a cross-sectional study of the techniques used to manage dysphagia. A postal questionnaire was sent to all the registered nursing homes in the Valencian Community.

Results: Inhospital patients: 58% of physicians estimated that no less than 20% of patients under their care presented dysphagia. 13% of the total number of hospital diets were specific for swallowing disorders. All the patients suffering from dysphagia used a liquid thickener. Nursing Homes residents: 107 questionnaires were returned. This represents 7057 residents of which 3.6% were suffering from dysphagia. 54% of nursing homes have a specific diet for the management of dysphagia, 51% used nasogastric feeding and 30% consider PEG. The most frequent complications were 75% lung aspirations, 39% dehydration, 32% malnourishment and 31% pneumonia.

Conclusions: Dysphagia is an important problem in elderly people. In our hospital there is a correct use of a dysphagia diet but it could be more widespread and further measures should be taken. Complications are frequent but are not correctly documented in the medical records. Nursing home residents have frequent and important complications when suffering dysphagia. Interventions towards a better management of dysphagia should be recommended and implemented.

(*Nutr Hosp* 2002, 17:168-174)

Keywords: *Aspiration. Dysphagia. Elderly. Pneumonia.*

Introducción

La proporción de personas mayores de 65 años va en aumento, esta población tiene mayor riesgo de padecer todo tipo de enfermedades y discapacidades¹. La disfagia o dificultad para la deglución puede darse como resultado de causas diversas, enfermedades del sistema nervioso central, desórdenes neuromusculares y lesiones estructurales. En las personas de edad avanzada algunas de estas condiciones son más frecuentes que en personas jóvenes². Además, es importante destacar, que las consecuencias de las alteraciones de la deglución son significativas y los resultados son, muchas veces, aspiraciones y neumonías³ que comprometen la salud y las expectativas de vida del anciano.

En este artículo, se hace una revisión de los casos de disfagia, dentro de un entorno hospitalario de enfermos crónicos, ancianos frágiles y discapacitados, valorando las causas, características y complicaciones, así como las pautas de actuación más habituales. La incidencia de disfagia en residencias ha sido estimada por Donner en 1986 como un 40% de la población de éstas⁴. En nuestro trabajo se valora también la disfagia fuera del ámbito hospitalario, investigando su repercusión en residencias de tercera edad, conociendo las prácticas más habituales utilizadas en éstas para el manejo de la misma y las principales complicaciones derivadas de ella.

Finalmente, se evidencia la necesidad de una adecuada valoración de las disfgias, del seguimiento de un programa de actuación que englobe aspectos dietéticos y formativos, y de prácticas de intervención adecuadas. Aspectos, todos ellos, imprescindibles para minimizar complicaciones y mejorar la calidad de vida de estos enfermos.

Objetivos

Los objetivos planteados en este trabajo fueron:

— Conocer la magnitud de los problemas de deglución en la población anciana institucionalizada en un hospital de media y larga estancia, así como en una parte muy significativa del entorno institucional extrahospitalario.

— Valorar las medidas adoptadas para el manejo de la disfagia en el entorno intra y extra hospitalario.

— Identificar las consecuencias de la disfagia y objetivar las complicaciones.

Sujetos y método

— Revisión de los archivos del hospital sobre los cuatro últimos años para cuantificar los diagnósticos considerados como complicaciones más frecuentes de la disfagia.

— Se realiza un estudio transversal de los enfermos de nuestro hospital con prescripción de dieta para disfagia, valorando el uso de la misma, las características que tiene, el empleo de espesantes para líquidos

y aguas gelificadas, y las medidas que se aplican para prevenir complicaciones.

— Mediante una encuesta a todos los facultativos del centro, se recoge su percepción acerca de la aparición de disfgias y de las complicaciones derivadas de estas (aspiraciones y neumonías por aspiración).

— Se contabilizan las dietas para disfagia prescritas durante el último año, valorando su relevancia dentro del total de dietas del hospital y la idiosincrasia de los enfermos que la reciben.

— Se realizó una encuesta a todas las residencias de la tercera edad, incluidas en la Guía de Recursos Sociosanitarios de la Comunidad Valenciana. Se solicitó que fueran contestadas por el responsable sanitario de las mismas, el envío fue repetido a los dos meses. En la encuesta se pidió información acerca de: número de residentes, número de casos de disfagia, pautas de alimentación más habituales y otras medidas adicionales adoptadas en el manejo de esta discapacidad, y también sobre la aparición de complicaciones.

Justificación

Las causas más frecuentes de disfagia orofaríngea en ancianos son: enfermedades del sistema nervioso central (accidente cerebro vascular, demencias, enfermedad de Parkinson, esclerosis múltiple, neoplasias), desórdenes neuromusculares diversos (esclerosis lateral amiotrófica, polimiositis y dermatomiositis, hipotiroidismo e hipertiroidismo, neuropatía periférica secundaria a diabetes), lesiones estructurales locales (tumores orofaríngeos, bocio, abscesos) y divertículo de Zenker^{2,3}. La disfagia es una consecuencia frecuente de las enfermedades neurológicas progresivas, así como de las demencias⁵ y también, una discapacidad común de los pacientes con accidente cerebro vascular (ACV) en programas de rehabilitación y en residencias. La aparición de disfagia tras un ACV ha sido estimada en un 25-45%⁴. En estudios realizados en enfermos con disfagia después de un ACV, se ha visto que esta es, a menudo, transitoria, lo cual puede explicar la amplia variación referida con prevalencia entre un 28% y 73%. La prevalencia de aspiración varía entre un 29% y 50%; sin embargo, la aspiración detectada por videofluoroscopia puede ser silente en hasta el 50% de los casos⁶.

El hospital Dr. Moliner es un hospital de media y larga estancia, en el que se encuentran enfermos ancianos, con frecuente pluripatología, enfermedades crónicas y dependencia importante, con problemas psicológicos y sociales asociados, bajo nivel económico y situaciones en las que, con frecuencia, el cuidador tiene la misma edad y carga de dependencia que el enfermo. Durante el año 1997 se atendieron en la unidad de medicina interna a 1.267 enfermos con edad igual o superior a 65 años (edad media 79 ± 7) y a 322 con edad inferior a 65 años (edad media 52 ± 11). Entre los más mayores, los diagnósticos más rele-

vantes fueron: insuficiencia respiratoria crónica, ACV, neoplasias, úlceras por decúbito, insuficiencia cardíaca crónica y demencias. En el segundo grupo destacan más las neoplasias, insuficiencia respiratoria crónica e infecciones. La funcionalidad física de los enfermos más mayores presenta una dependencia importante (Barthel 40/100)⁷. En la unidad de demencias avanzadas de dicho hospital, un estudio realizado durante el mismo año de todos los enfermos ingresados en ella denotó una incidencia de disfagia a líquidos del 82% y del 36% para disfagia a sólidos⁸.

Dados los diagnósticos más habituales de nuestros enfermos, reconocidos como causas principales de disfagia en ancianos, cabría esperar una alta aparición de la misma. Para conocer la repercusión en nuestro ámbito hospitalario, se identificaron las complicaciones consecuentes a la disfagia, esto llevó a realizar una revisión de los archivos del hospital durante los 4 últimos años, cuantificando los diagnósticos codificados a partir de las historias clínicas, que se pueden considerar como complicaciones directas de la disfagia. Se encontró en esta revisión que en los años 1996 a 1999, el porcentaje de neumonías por aspiración, con respecto a los enfermos ingresados, había sido de: 3,4%, 1,6%, 2,8% y 3,3%, respectivamente, para cada año. Se obtuvo, igualmente, el porcentaje de aspiraciones registradas respecto a los enfermos ingresados, siendo del: 0,2%, 0,9%, 0,6%, y 0,8%, respectivamente (tabla I). Estas proporciones parecieron extremadamente escasas, máxime teniendo en cuenta que las patologías más frecuentes, son desencadenantes de disfagia en enfermos crónicos de edad avanzada. Otro aspecto destacable es el hecho de encontrar, entre los diagnósticos codificados, porcentajes mayores de neumonías por aspiración que de aspiraciones, cuando en la práctica clínica diaria son estas últimas más habituales. Ante estas circunstancias, se decide llevar a cabo este trabajo e intentar con él aproximarnos al problema e identificar algunos de los aspectos más relevantes.

Resultados

1. Estimación médica sobre las disfgias y sus complicaciones en entorno hospitalario

Tomando como base las complicaciones detectadas en los cuatro últimos años a partir de la codificación de las historias clínicas (tabla I), se inició una vía de investigación, con el ánimo de enfocar el problema de una forma más próxima a la realidad clínica diaria. Para ello, se cuestionó a todos los facultativos que tienen a su cargo enfermos en el centro, sobre cuál era su estimación acerca del número de enfermos con disfagia que atendían y de las complicaciones relacionadas con ella, la estimación fue solicitada según la percepción global que tuviera cada facultativo de forma individual y sin consultas previas. Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

Tabla I
Complicaciones codificadas a partir de las historias clínicas (1996/99)

Año	Neumonías por aspiración (%)	Aspiraciones (%)	N.º de ingresos /año
1996	57 (3,4)	3 (0,2)	1.673
1997	29 (1,6)	16 (0,9)	1.823
1998	50 (2,8)	10 (0,6)	1.763
1999	68 (3,3)	17 (0,8)	2.035

De los 12 facultativos encuestados, el 17% estimaba tener menos de 10% enfermos con disfagia, el 25% de los facultativos estimaba tener una proporción entre el 10 y el 20% y el 58% de los facultativos estimaba que más del 20% de sus enfermos presentaba disfagia. Los resultados de las estimaciones dadas por los facultativos apuntarían hacia una aparición de neumonías por aspiración del 5% y aspiraciones del 7%.

2. Importancia de la dieta específica para disfgias en el hospital

Un aspecto que puede reflejar de forma objetiva la magnitud de la disfagia entre la población de nuestro entorno hospitalario es la prescripción de una dieta específica para ésta. Para conseguir esta valoración se revisaron las dietas de todos los enfermos que ingresaron en nuestro hospital durante el año 2000. El total de dietas realizadas fue de 62.199 y de éstas el 13% se realizaron de forma específica para enfermos con disfagia. La dieta para disfagia establecida en nuestro centro incluye menús equilibrados, adaptados a las prescripciones terapéuticas del enfermo y a sus posibilidades de deglución, son elaborados a base de papillas y purés, y los líquidos se espesan hasta la consistencia más adecuada en cada caso²⁵. Además de las medidas dietéticas, se dispone en el hospital de un manual sobre normas básicas de manejo ante las disfgias, dirigido a cuidadores y personal que se encarga de la alimentación de estos enfermos.

3. Medidas adoptadas en el hospital ante los enfermos con disfagia

Con el ánimo de constatar las medidas que se adoptan en nuestro hospital para el manejo de la disfagia, se realizó un corte transversal de todos los enfermos con prescripción de dieta para disfagia, siendo éstos un total de 29 enfermos, que suponía el 14% de las dietas realizadas en el día del estudio, en el hospital. Las patologías más frecuentes encontradas entre los enfermos estudiados fueron: demencia (59%), ACV (45%), diabetes (24%), hipertensión arterial (21%), insuficiencia respiratoria (14%), úlceras por presión (7%), neoplasias (7%) y otras (3%): parkinson, epilepsia, neumonía, fractura de cadera, infección del tracto urinario y degeneración oligopontocerebelosa.

De los 29 enfermos revisados, todos ellos utilizaban espesante para los líquidos, mientras que las gelatinas las usaba el 3,4%. El apoyo familiar que recibían se estimaba en un 48% y, entre éstos, sólo el 31% había recibido información sobre las medidas y precauciones a tomar ante la disfagia.

4. Manejo de la disfagia en el ámbito institucional extrahospitalario

Dado que la disfagia es una alteración frecuente entre la población anciana, se procedió a recabar información sobre la repercusión de este problema en residencias de la tercera edad. Para ello se encuestó a todas las residencias que figuran en la "Guía de Recursos Sociosanitarios de la Comunidad Valenciana", las cuales, por información recogida directamente de la Consellería de Bienestar Social, cuentan aproximadamente con un 70% de plazas para residentes asistidos, circunstancia que favorece la semejanza entre las características de estos usuarios y los de nuestro hospital. Se investigó acerca del enfoque dietético y las prácticas de manejo más habituales ante la disfagia, y también sobre la aparición de complicaciones derivadas de ésta.

Se enviaron 205 encuestas en dos ocasiones, de ellas respondieron 107 (52%), con un total de 7.057 residentes. Se solicitó que fueran los responsables sanitarios quienes contestaran las encuestas y se obtuvieron los siguientes resultados: el 3,6% de los residentes presenta algún grado de disfagia, en 43 residencias (40%) no había casos de disfagia. El 54% de los centros afirma tener una dieta específica para esta dificultad, pero solamente un 4,6% de estas incluyen todas las medidas dietéticas cuestionadas: purés, papillas, espesantes y gelatinas. El 89% de las residencias elaboran purés en la dieta de sus residentes, las papillas sólo se utilizan en el 36% de las mismas, los espesantes para líquidos se usan en un 58% de ellas, y el uso de gelatinas está extendido en el 28% de las residencias. En 14 residencias se dispone de normas de actuación ante enfermos con disfagia. La pauta de instaurar sonda nasogástrica (SNG) ante pacientes con dificultad para la deglución se contempla en el 51% de las residencias y la gastrostomía (PEG) en el 30% de ellas, se encontraron un total de 60 residentes con SNG y 20 con PEG. Entre las complicaciones, las aspiraciones (75%) son las más habituales, seguidas de deshidratación (39%), desnutrición (32%) y por último de neumonías (31%). Los resultados se reflejan en la tabla II.

Discusión

Los enfermos ancianos con discapacidad, dependencia severa y déficit cognitivo importante presentan con frecuencia problemas para una deglución normal. Las enfermedades neurológicas progresivas que presentan disfagia suelen afectar más a la musculatura

Tabla II
Resultados de la encuesta a las residencias de la Comunidad Valenciana

	N	%
N.º de residencias encuestadas	205	–
Encuestas recibidas	107	–
N.º de residentes incluidos en el estudio	7.057	–
Casos de disfagia	253	3,6
Centros que afirman disponer de dieta específica para la disfagia	58	54
Usan gelatinas	30	28
Usan espesantes para líquidos	62	58
Los alimentos se dan en forma de purés	95	89
Se preparan papillas de cereales	39	36
Se usa jeringa para alimentación oral	63	59
Se pauta SNG ante las disfgias	55	51
Se pauta PEG en las disfgias	22	20
Se aportan líquidos por vía i.v.	21	20
Disponen de un manual de actuación	14	13
Se producen atragantamientos	80	75
Se presenta deshidratación	42	39
Se presenta desnutrición	34	32
Se presentan neumonías	33	31

estriada de la boca y la faringe, lo que implica una mayor dificultad en la ingesta de líquidos que de sólidos, especialmente si está alterada la coordinación de esta musculatura⁵. Las complicaciones que se derivan de la disfagia, tienen una importante repercusión en el curso de la enfermedad, sin embargo estas complicaciones parecen no quedar reflejadas en su totalidad en los informes de alta, por lo que no son codificadas de forma fidedigna. Esta circunstancia se constató con la percepción clínica de los facultativos, cuya estimación de las complicaciones quedaba muy por encima de la detectada en los archivos: los resultados obtenidos a partir de la revisión de historias clínicas, reflejan una mayor aparición de neumonías (3,3%) que de aspiraciones (0,8%), dato que resulta discrepante con respecto a la estimación de los facultativos que aprecian una aparición de aspiraciones (7%) superior a la de neumonías por aspiración (5%). Además, la aparición de neumonías por aspiración se da como consecuencia de las aspiraciones, lo cual nos obliga a concluir que el número de aspiraciones registradas debería ser superior al de neumonías, de donde se deduce que no hay una correcta identificación de estos procesos en la historia clínica.

La disfagia ha sido considerada como importante causa de muerte y de otras complicaciones. En estudios realizados por D. G. Smithard y cols. sobre enfermos que han sufrido ACV, se demuestra que la disfagia está significativamente relacionada con el pronóstico y las complicaciones, y se confirma que tras un ACV se incrementa la mortalidad si existen problemas de deglución, incluso en pacientes que no tengan disminución del nivel de conciencia. En el ci-

tado trabajo la mortalidad en aquellos pacientes que presentan disfagia es del 37%, hecho que se encuentra en la misma magnitud que los estudios referidos por Wade y Langton-Hewer⁹.

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, la hacen 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.

El apoyo familiar en los enfermos con disfagia en nuestro hospital es escaso (inferior al 50%), además se imparte poca información a los cuidadores, y constatamos que el uso del manual para asesorar a estos es insuficiente. Enfatizar el adiestramiento e información de los mismos podría beneficiar al enfermo. Además la formación del personal sanitario y auxiliar, en el manejo de la disfagia es necesario ante el perfil social encontrado.

Entre la población anciana que vive en residencias se estima, por sus responsables sanitarios, que sólo el 3,6% presenta problemas de deglución, mientras que en nuestro hospital se estima en un 20%. Estos datos resultan marcadamente diferentes, dadas las semejanzas de edad y ciertos aspectos clínicos y de dependencia. Aunque en las encuestas enviadas no se hizo diferencia entre plazas para válidos y asistidos, sabemos que el 70% de ellas pertenecen a estos últimos, dato que refleja la proximidad entre el perfil de los usuarios de residencias y del hospital.

En la alimentación del enfermo con disfagia a líquidos se deben adaptar las consistencias a las posibilidades de deglución: espesar los líquidos con espesantes o gelatinas y adaptar los alimentos a las texturas y posibilidades del enfermo (papillas y purés)¹⁰. La alimentación de los ancianos con disfagia en las residencias de la tercera edad se realiza fundamentalmente con purés (89%) y todas las residencias que afirman tener una dieta específica para disfgias cuentan en su menú con éstos; sin embargo, hay un 6,5% que consideran los purés como única medida dietética ante las dificultades de deglución. Sólo se encontraron un 4,6% de residencias que tomaran todas las medidas dietéticas aconsejables en el manejo de las disfgias y sólo en 4 de las residencias además de estas medidas, se seguía el válido criterio de no utilizar jeringas para la alimentación oral. La ingesta de líquidos es piedra angular en las alteraciones de la deglución, sin embargo, el empleo de medidas para hacerla posible, como gelificantes o espesantes, está escasamente difundido, sólo se utilizan en el 28% de las residencias los primeros y en el 58% los segundos. Otras alternativas para facilitar y asegurar la ingesta como el uso de papillas de cereales, sólo se utilizan en un 34% de los centros.

Ante los problemas de deglución, la prescripción

de sondas de alimentación en residencias se estima en un 51% por vía nasogástrica y en un 20% por gastrostomía. En la actualidad el uso de las sondas de nutrición está ampliamente difundido en hospitales, residencias e incluso a nivel domiciliario; sin embargo, su utilización es un punto de controversia ante determinados procesos, bien por su carácter crónico, bien por la conveniencia de adoptar actitudes paliativas. Esto nos lleva a analizar su utilización ante los pacientes con disfagia y contrastar las opiniones encontradas en la bibliografía. Argumentos a favor del uso de la alimentación a través de sonda, afirman que la nutrición enteral en el anciano puede resultar muy eficaz de cara a tratar la desnutrición, y especialmente, cuando se administra de forma temprana, prevenir que esta aparezca. Dentro de las indicaciones de la nutrición enteral en el anciano se recogen: la incapacidad funcional, demencias, AVC, Parkinson, Alzheimer, procesos que cursan con un incremento de los requerimientos y procesos agudos con desnutrición previa. Será necesario en todos los casos controlar la administración y la tolerancia, así como la posibilidad de regurgitación y broncoaspiración. Sin embargo, las aspiraciones se cuentan entre los problemas más comunes relacionados con la nutrición enteral en el anciano¹¹. Hay estudios que proporcionan evidencia de que la alimentación mediante sonda puede prolongar la supervivencia, incluso si la ganancia vital no es sustancial¹². Por otro lado, hay autores que cuestionan el empleo de sondas de alimentación ante las disfgias. Así pues, la alimentación a través de sonda en estos enfermos, ha sido enjuiciada como un problema más de los mismos, encontrándose con que no aumentaba la supervivencia y además no evitaba aspiraciones ni complicaciones pulmonares. Se afirma también que los pacientes portadores de SNG tienen un riesgo de aspiración mayor, hecho que puede relacionarse con la decreciente capacidad de tragar la propia saliva y con la posible regurgitación de contenido gástrico. La capacidad de limpiar los pulmones es reducida y la constante presencia de la sonda en la faringe, puede contribuir a la supresión del reflejo tusígeno. Además la sonda puede actuar como un estímulo local para la producción de secreciones faríngeas. No hay datos que demuestren que el uso de sondas de alimentación disminuya el riesgo de regurgitación de contenido gástrico. Por otro lado, encontramos que no hay estudios que sugieran que la alimentación por sonda prevenga o reduzca la neumonía por aspiración¹³⁻¹⁵.

El uso de la sonda de alimentación está influido, entre otras circunstancias, por la enfermedad de base, el patrón de uso de la misma en residentes ancianos, sugiere que factores como el sufrir un episodio agudo, como un ACV, determina un mayor uso de la sonda de alimentación, mientras que en procesos crónicos, como la demencia, su uso es menor, dado el conocido e irreversible pronóstico de estos últimos. Tampoco encontramos datos en la bibliografía que sugieran que en enfermos con demencia avanzada, el uso de sondas

de alimentación influya en prolongar la supervivencia^{16, 17}.

Comparando la SNG con la PEG, encontramos que el uso de esta última se asocia con mayor ganancia de peso, menor necesidad de recambio y, posiblemente, menor aparición de neumonías por aspiración. La supervivencia tras una gastrostomía se estima corta y su indicación constituye un marcador de la existencia de una grave enfermedad subyacente¹⁸. Estudios recientes demuestran que el porcentaje de mortalidad de enfermos con PEG es muy alto y sólo una minoría de ellos muestran alguna mejoría en su estado funcional, albúmina y peso. Para describir resultados a largo plazo, sería necesario evaluar un mayor número de pacientes, sin embargo, hay que tener en cuenta el handicap de que solo una minoría de los enfermos con PEG tienen una supervivencia a largo plazo¹⁹.

Entre las residencias encuestadas, el 46% no tiene una dieta específica para disfagia, si bien es cierto que el 40% de ellas refiere no presentar casos de disfagia en la actualidad. No obstante, y dado que el 79% de ellas afirma haber tenido complicaciones en relación con este problema, cabría considerar el establecimiento de un plan dietético rutinario, como pieza fundamental para minimizar complicaciones. En nuestro centro (13% de dietas para disfagia, estimación de facultativos > 20% enfermos con disfagia) las complicaciones, en enfermos con disfagia, se estimaron en un 7% para aspiraciones y un 5% para neumonías. Cabe resaltar las discrepancias existentes entre el alto porcentaje sin disfgias, el bajo porcentaje de dieta específica y el alto número de complicaciones existentes en las residencias.

En el manejo de enfermos con disfagia sería necesario realizar una correcta y adecuada valoración de su capacidad de deglución. Métodos de valoración "a pie de cama" parecen ser útiles a la hora de detectar situaciones de riesgo^{9, 20}. Otros estudios como la videofluoroscopia pueden dar una información aún mayor. En un estudio realizado por M. L. Splaingard y cols. se afirma que la práctica de la misma conlleva cambios en la dieta en el 65% de los casos y que es muy útil en la detección de aspiraciones clínicamente silentes²¹. También se han desarrollado otras técnicas complementarias como la auscultación cervical o la pulsioximetría; sin embargo, encontrar procedimientos simples para evaluar a los pacientes resulta difícil²². Para establecer un plan de cuidados adecuado ante la disfagia orofaríngea se empieza por una cuidadosa valoración de la anatomía y fisiología de la orofaringe del paciente, además de evaluar el estado nutricional y la hidratación del enfermo. También debe procederse a una evaluación adecuada de la capacidad de deglución y de la habilidad para comer. Las encuestas de valoración "a pie de cama" proporcionan información del estado médico, habilidades cognitivas, función del lenguaje y capacidad de comer, el resultado de estos, la videofluoroscopia y otras valora-

ciones físicas determinan el tratamiento particular de cada enfermo²³.

Los problemas derivados de las disfgias en enfermos con ACV son comunes y difíciles de detectar clínicamente. El uso de test de desaturación de oxígeno tiene una alta sensibilidad en la detección de aspiraciones y penetraciones faríngeas. Cuando esta técnica es además combinada con una valoración de la deglución por personal especializado, los resultados proporcionan los mejores valores predictivos²⁴.

En la actualidad no existe consenso para establecer unas pautas de valoración adecuada, sobre todo en enfermos con deterioro físico y cognitivo, donde no es posible contar con la colaboración del paciente, además se precisan medios que no siempre son asequibles. Sería deseable un método sencillo de valoración que pudiera realizarse por diferentes profesionales y que fuera a su vez útil y causara la mínima incomodidad a los enfermos que tienen mermadas sus capacidades.

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 deglución²³.

En la investigación realizada en el hospital los datos se han obtenido con cierta dificultad, aunque los consideramos ajustados a la realidad y se han encontrado discrepancias en los resultados de la incidencia de disfagia y de complicaciones de la misma. En los resultados obtenidos de las residencias se encuentran aspectos contradictorios, sólo el 3,6% de enfermos presentan disfagia, aunque el 60% de las residencias afirma contar con residentes de estas características y se encuentra una elevada proporción (79%) de residencias con complicaciones derivadas de la disfagia. Por otro lado, en los trabajos revisados se encontró que la obtención de la incidencia y prevalencia de la disfagia es un aspecto, cuya cuantificación entraña gran dificultad, no hay consenso para la valoración de la misma y faltan estudios que objetiven la disminución de las complicaciones en función de los cuidados impartidos, así como los beneficios de una adecuada valoración.

Las principales conclusiones se resumen en el hecho de que la disfagia es un problema que afecta de forma importante a la población anciana en general y especialmente en el ámbito sociosanitario. Las complicaciones derivadas de ella tienen importante repercusión en el enfermo y deberían ser reflejadas en la historia clínica de forma ineludible. Se precisan métodos adecuados y consensuados de valoración de la deglución. Además, ante los enfermos con disfagia es

imprescindible adoptar medidas dietéticas adecuadas y se hace patente la necesidad de mejorar la formación e información en el manejo cotidiano de estos enfermos.

Referencias

1. Jiménez Herrero F: Bases demográficas de la geriatría. Gerontología clínica. En: Jiménez Herrero F (ed.): *Gerontología*. Ediciones CEA. Madrid, 1991.
2. Castell DO: Eating and swallowing disorders. En: Hazzard WR, Bierman EL, Blass JP, Ettinger WH y Halter JB (eds.): *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology*. McGraw-Hill, 1994, 3:1259-1265.
3. Costa JC y Mitchell CA: Current procedures for diagnosing dysphagia in elderly clients. *Geriatric Nursing*, 1998, 19:195-199.
4. O'Neil KH, Purdy M, Falk J y Gallo L: The dysphagia outcome and severity scale. *Dysphagia*, 1999, 14:139-145.
5. Bascuñana Ambrós H: Características de la disfagia neurológica en las demencias y en las enfermedades neurológicas progresivas que afectan al sistema nervioso central. *Rehabilitación*, 1999, 33:38-42.
6. Smithard DG: Dysphagia following stroke. *Reviews in Clinical Gerontology*, 1999, 9:81-89.
7. Navarro Sanz R: Actividad y justificación de la unidad de convalecencia y larga estancia. En: I Jornada Interhospitalaria: Programa PALET, Cuidados y Calidad de Vida. Diputación de Valencia. Valencia, 1999, 1:61-69.
8. Botella Trelis JJ: Cuidados paliativos geriátricos. Unidad de demencias avanzadas: actividad y justificación. En: I Jornada Interhospitalaria: Programa PALET, Cuidados y Calidad de Vida. Diputación de Valencia. Valencia, 1999, 1:131-135.
9. Smithard DG, O'Neil PA, Park C, Morris J, Wyatt R, England R y Martín DF: Complications and outcome after acute stroke. Does dysphagia matter? *Stroke*, 1996, 27:1200-1204.
10. Ferrero López MI y Botella Trelis JJ: Alimentación y nutrición en la enfermedad de Alzheimer. *Nutr Hosp*, 2000, 15:280-290.
11. Celaya Pérez S: Nutrición enteral en Geriatría. *Geriatría*, 1999, 15:17-23.
12. Rudberg MA, Egleston BL, Granty MD y Brody JA: Effectiveness of feeding tubes in nursing home residents with swallowing disorders. *J Parenter Enteral Nutr*, 2000, 24:97-102.
13. Scott AG y Austin HE: Nasogastric feeding in the management of severe dysphagia in motor neurone disease. *Palliat Med*, 1994, 8:45-49.
14. Finucane TE: Tube feeding in patients with advanced dementia. *JAMA*, 1999, 282:1365-1370.
15. Callahan CM, Haag KM, Weinberger M, Tierney WM, Buchanan NN, Stump TE y Nisi R: Outcomes of percutaneous endoscopic gastrostomy among older adults in a community setting. *J Am Geriatr Soc*, 2000, 48:1048-1054.
16. Gessert CE, Mosier MC, Brown EF y Frey B: Tube feeding in nursing home residents with severe and irreversible cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc*, 2000, 48:1593-1600.
17. Meier DE, Aronheim JC, Morris J, Baskin-Lyons S y Morrison S: High short term mortality in hospitalized patients with advanced dementia. *Arch Int Med*, 2001, 161:594-599.
18. Fishman DN, Levy AR, Gifford DR y Tamblyn R: Survival after percutaneous endoscopic gastrostomy among older residents of Quebec. *J Am Geriatr Soc*, 1999, 47:349-353.
19. Finucane TE: More caution about tube feeding. *J Am Geriatr Soc*, 2000, 48:1167-1168.
20. Hughes TAT y Wiles CM: Clinical measurement of swallowing in health and in neurologic dysphagia. *Q J Med*, 1996, 89:109-116.
21. Splaingard ML, Hutchins B, Sulton LD y Chaudhuri G: Aspiration in rehabilitation patients: Videofluoroscopy vs Bedside clinical assessment. *Arch Phys Med Rehabil*, 1988, 69:637-640.
22. Exley C: Pulse oximetry as a screening tool in detecting aspiration. *Age Ageing*, 2000, 29:475-476.
23. Logemann JA: Approaches to management of disordered swallowing. En: Balliere's Clinical Gastroenterology. Balliere Tindall ed. 1991, 269-281.
24. Smith HA, Lee SH, O'Neill PA y Connolly MJ: The combination of bedside swallowing assessment and oxygen saturation monitoring of swallowing in acute stroke: a safe and human screening tool. *Age Ageing*, 2000, 29:495-499.
25. Ferrero López MI, Grau Santana P, Talaero Boliches C y Botella Trelis JJ: Valoración de la ingesta en pacientes institucionalizados con disfagia. *Nutr Hosp*, 2000, 15:37-41.