

# Soporte nutricional en situaciones especiales



Coordinadora:

**Carmen Gómez Candela**

Especialista en Endocrinología y Nutrición. Unidad de Nutrición y Dietética. Hospital Universitario La Paz. Madrid

## Disfagia orofaríngea en el paciente anciano. Evaluación y diagnóstico



**Pere Clavé Civit**

Especialista en Cirugía  
General y Digestiva



**Silvia Carrion Bolorino**

Especialista  
en Aparato Digestivo



**Alicia Costa Izurdiaga**

Dietista-nutricionista

Unidad de Exploraciones Funcionales Digestivas. Hospital de Mataró (Barcelona)

### ¿Qué es y cómo se clasifica la disfagia?

La disfagia es un síntoma que consiste en la dificultad o incomodidad para formar y/o mover el bolo alimenticio desde la boca al estómago. Desde el punto de vista anatómico, puede clasificarse en disfagia orofaríngea o esofágica, y desde el punto de vista fisiopatológico, en disfagia funcional o motora y disfagia mecánica u obstructiva.

La disfagia orofaríngea (DO) es la forma más frecuente y está clasificada dentro de las patologías del sistema digestivo según la Clasificación Internacional de Enfermedades propuesta por la Organización Mundial de la Salud con los códigos 787.2 (ICD-9) y R13 (ICD-10)<sup>1</sup>. Un documento de posición reciente de la European Society for Swallowing Disorders establece que la DO debe ser considerada un síndrome geriátrico debido a su elevada prevalencia en ancianos, su origen multifactorial, su asociación con múltiples comorbilidades y capacidad funcional, su mal pronóstico y su tratamiento sólo posible cuando se utiliza un enfoque multidimensional<sup>2</sup>.

## Sumario

¿Qué es y cómo se clasifica la disfagia?

Algoritmo diagnóstico por etapas

¿Cuál es la prevalencia de la disfagia orofaríngea y cuáles son los grupos de riesgo?

¿Cuáles son las principales complicaciones de la disfagia orofaríngea relacionadas con la seguridad y la eficacia de la deglución?

- Complicaciones respiratorias
- Malnutrición y/o deshidratación

¿De qué herramientas disponemos para evaluar y diagnosticar la disfagia orofaríngea?

- Métodos clínicos: historia clínica y exploración clínica de la deglución
- Exploraciones complementarias: videofluoroscopia

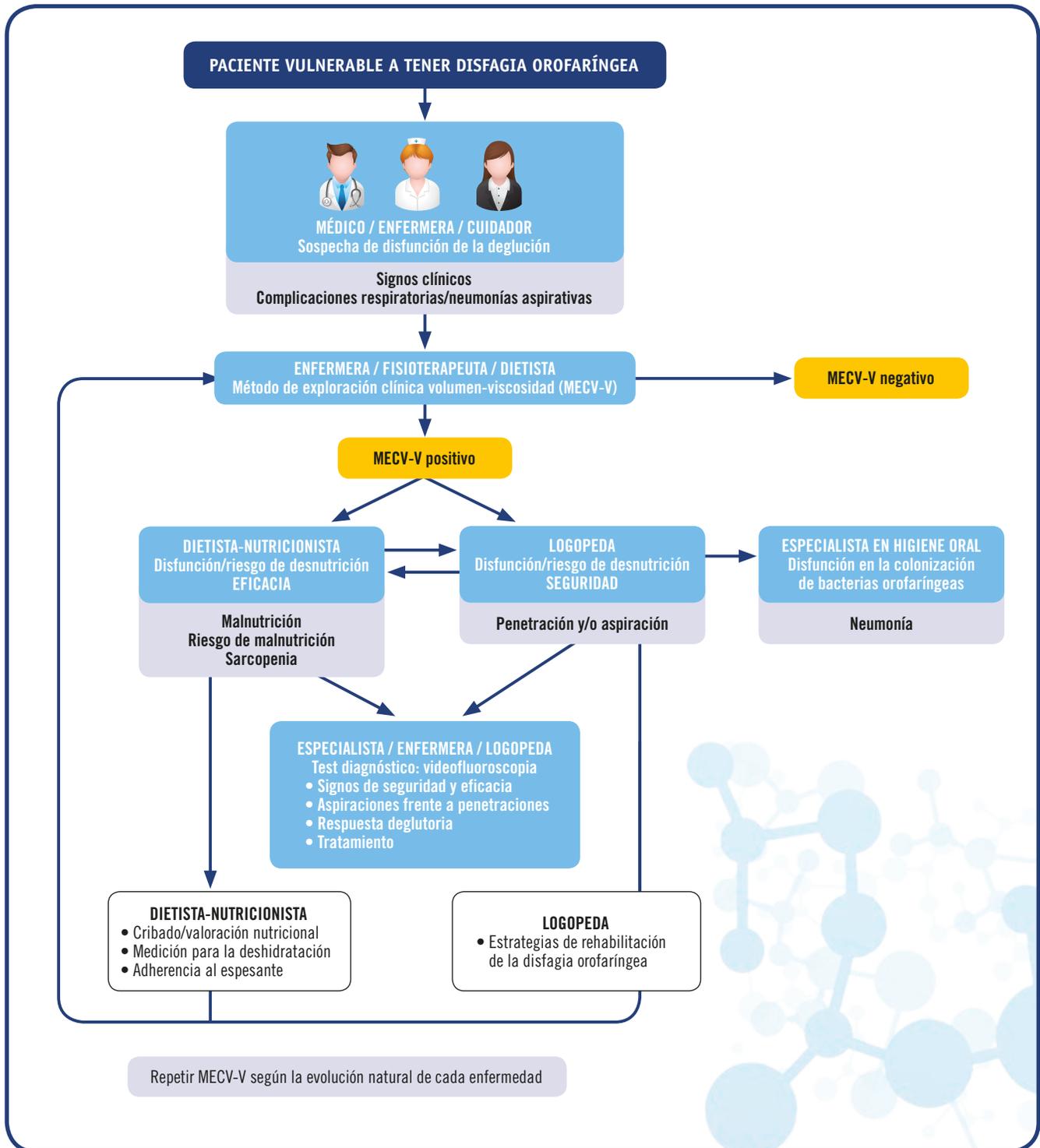
¿De qué herramientas disponemos para evaluar y diagnosticar el estado nutricional y de hidratación?

- Métodos de cribado nutricional
- Métodos de valoración nutricional

Puntos clave

Bibliografía

## Algoritmo diagnóstico por etapas



Algoritmo propuesto para el diagnóstico y tratamiento de la disfagia orofaríngea utilizando el método volumen-viscosidad para el cribado y el estudio de videofluoroscopia para la valoración de los pacientes. Organización de los recursos humanos del equipo multidisciplinar de disfagia para la identificación, el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes con disfagia orofaríngea funcional. Adaptado de: Clavé et al.<sup>7</sup>

## ¿Cuál es la prevalencia de la disfagia orofaríngea y cuáles son los grupos de riesgo?

Afecta al 38-78% de los pacientes que han sufrido un accidente cerebral vascular, del 18 al 82% de los que sufren enfermedad de Parkinson y al 80% de los pacientes con Alzheimer. Recientemente, un estudio europeo ha demostrado que la disfagia afecta al 56-78% de los ancianos institucionalizados, al 47,4% de los pacientes ingresados en una unidad geriátrica de agudos (UGA) de un hospital general y al 27,2% de ancianos de la comunidad, así como hasta al 80% de los pacientes que han recibido tratamiento quirúrgico o radioterápico por tumores orofaríngeos, laríngeos y del área maxilofacial<sup>3,4</sup>.

## ¿Cuáles son las principales complicaciones de la disfagia orofaríngea relacionadas con la seguridad y la eficacia de la deglución?

### Complicaciones respiratorias

Suponen la principal causa de mortalidad en los pacientes con DO. Hasta el 50% de los ancianos con DO presentan alteraciones en la seguridad de la deglución (penetraciones y aspiraciones)<sup>5</sup>. Las aspiraciones orofaríngeas ocasionan a menudo infecciones respiratorias, y hasta un 50% de los pacientes que aspiran desarrollan neumonía aspirativa, con una mortalidad asociada de hasta el 50%<sup>6</sup>. Los ancianos institucionalizados, y en especial los considerados frágiles, son los que presentan mayor riesgo de neumonía, con una incidencia 10 veces superior a la de la población anciana no institucionalizada.

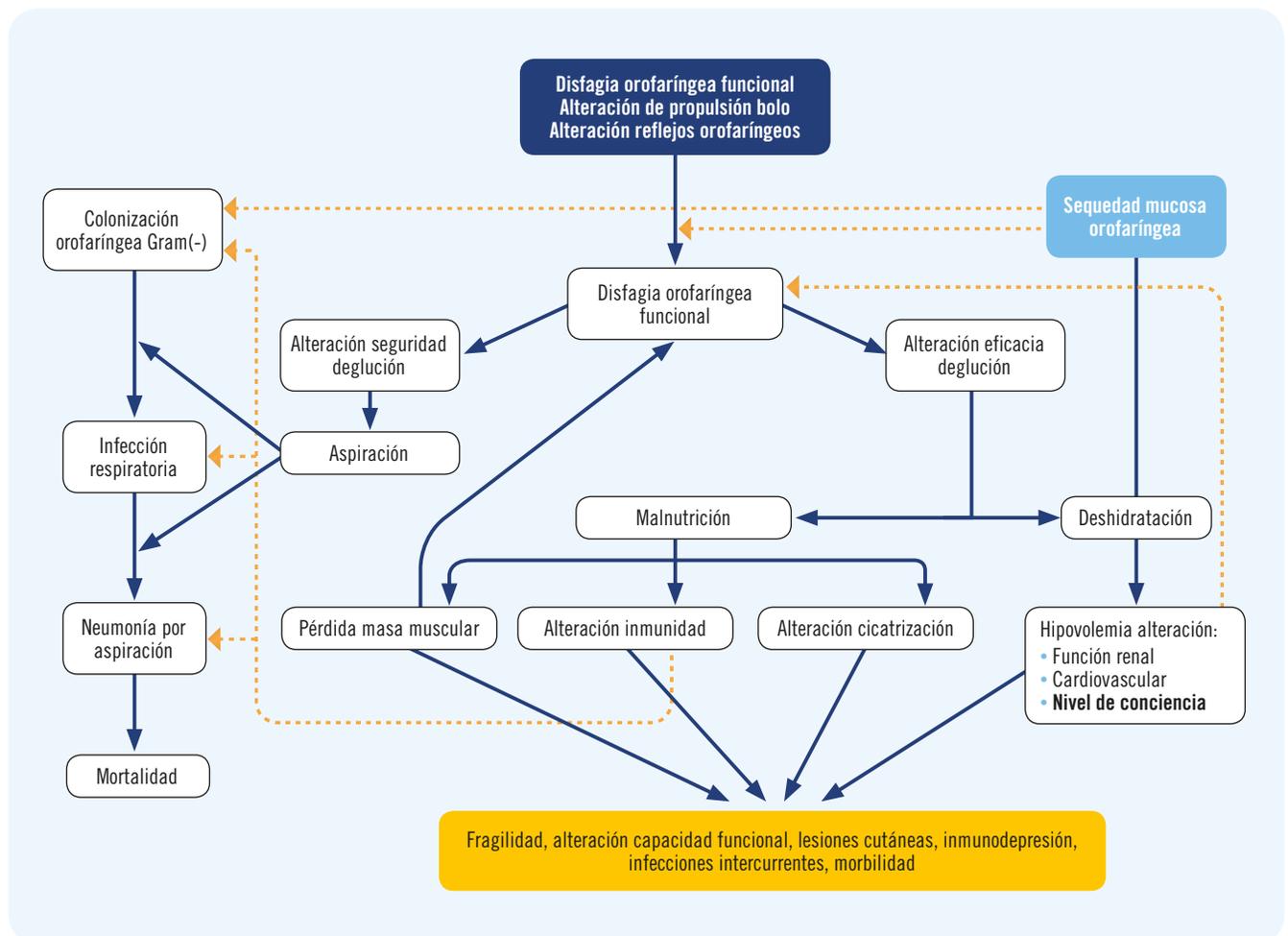


Figura 1. Fisiopatología de las complicaciones asociadas a la disfagia orofaríngea

## Malnutrición y/o deshidratación

En la población anciana, la malnutrición es uno de los síndromes geriátricos más importantes y menos diagnosticados. La prevalencia varía en función del fenotipo: en pacientes ancianos con disfagia es del 20,5% (malnutrición) y el 41% (riesgo de malnutrición); en ancianos institucionalizados la malnutrición es del 28-32%, en ancianos de la comunidad se sitúa en el 21,7% y en ancianos hospitalizados en una unidad de agudos alcanza el 45,3%, siendo la disfagia un factor de riesgo de forma independiente de ocasionar desnutrición y de mortalidad al año. En pacientes con DO y en fase aguda de un accidente cerebral vascular la prevalencia de malnutrición se eleva al 65% y en pacientes con enfermedades neurodegenerativas es del 20-30%. La malnutrición más prevalente entre los pacientes con DO de origen neurológico es la de tipo marasmático, con cierta preservación de la proteína visceral y una importante depleción de la masa muscular y del compartimento graso. Esto origina un círculo vicioso, ya que la pérdida de masa muscular contribuye a la disfunción orofaríngea y a la perpetuación de la disfagia, que se ha denominado disfagia sarcopénica (figura 1).

La reducción de la ingesta hídrica y la deshidratación son también complicaciones habituales de la disfagia y, a su vez, generan nuevas complicaciones relacionadas con el nivel de conciencia, la viscosidad de la sangre y la presión arterial, que incrementan la mortalidad. La población anciana con DO y malnutrida presenta una pérdida del agua total corporal con descenso del agua intracelular del 39,9%.

## ¿De qué herramientas disponemos para evaluar y diagnosticar la disfagia orofaríngea?

Para evaluar las dos características principales y definitorias de la deglución (la eficacia y la seguridad de la deglución), existen dos grupos de métodos diagnósticos:

## Métodos clínicos: historia clínica y exploración clínica de la deglución

- **Historia clínica.** La identificación de síntomas específicos de DO mediante una historia clínica dirigida y exhaustiva es el primer paso en el diagnóstico de los pacientes vulnerables (ancianos, pacientes neurológicos, pacientes que han sufrido un accidente cerebral vascular) (figura 2). La disfagia a sólidos sugiere la existencia de un problema obstructivo, mientras que la disfagia a líquidos apunta a una disfagia neurógena o asociada al envejecimiento. La regurgitación nasal, la necesidad de múltiples degluciones para un bolo pequeño (fraccionamiento) y una historia de infecciones respiratorias repetitivas también orientan hacia una DO. La presencia de atragantamientos, tos o voz húmeda sugieren una aspiración, aunque en pacientes neurológicos hasta el 40% de las aspiraciones son silentes y no se acompañan de tos. La sensación de residuo en la faringe sugiere una hipomotilidad faríngea, frecuente en las enfermedades neurodegenerativas. El aumento del tiempo en cada ingesta y una pérdida de peso reciente indican una disminución de la eficacia de la deglución y la posibilidad de malnutrición. Existen también diversas herramientas de cribado, como el Eating Assessment Tool (EAT-10), un test validado y fácilmente reproducible que permite detectar a aquellos pacientes que pueden estar en riesgo de padecer disfagia.
- **Exploración clínica.** El método de exploración clínica volumen-viscosidad (MECV-V) es una prueba altamente precisa para identificar a los pacientes con DO. El criterio general de aplicación es que el riesgo de aspiración en pacientes con DO aumenta al disminuir la viscosidad de los fluidos que se administran al paciente y al incrementar el volumen del bolo. Por tanto, no debe exponerse a un paciente a un bolo de viscosidad inferior o a un volumen superior (para la misma viscosidad) al que ya haya presenta-



7th ESSD Congress, Barcelona 21-22 Sept. 2017

Workshop 18-19 Sept / Precongress 20 Sept

ESSD Dysphagia Week 18-23 Sept



www.essd2017.com

do signos de aspiración. El método utiliza bolos en un rango de volumen de 5 a 20 mL, y de viscosidad líquida, de néctar y de pudín (figura 2). El MECV-V identifica diversos signos que afectan a la eficacia de la deglución (sello labial, residuo oral y faríngeo y deglución fraccionada) y también los que afectan a la seguridad de la deglución (tos, voz húmeda y desaturación de oxígeno del 3-5% mediante un pulsioxímetro).

En caso de que un paciente presente un MECV-V positivo, deberá ser estudiado mediante videofluoroscopia. La sensibilidad diagnóstica del MECV-V para las alteraciones de la eficacia de la deglución supera el 85% y para las alteraciones de seguridad alcanza el 90%. Además, ofrece datos acerca del tipo de bolo (volumen y viscosidad) más adecuado para cada paciente<sup>7,8</sup>.

### Exploraciones complementarias: videofluoroscopia

La videofluoroscopia es una técnica radiológica dinámica que consiste en la obtención de una secuencia en perfil lateral y anteroposterior de la ingesta de diferentes volúmenes y viscosidades de un contraste hidrosoluble. Actualmente, se considera esta técnica como el método de referencia para el estudio de la DO. Los objetivos de la videofluoroscopia son evaluar la seguridad y la eficacia de la deglución, caracterizar las alteraciones de la deglución en términos de signos videofluoroscópicos, valorar la eficacia de los tratamientos y cuantificar la respuesta motora orofaríngea. Además, permite identificar a entre una tercera y una cuarta parte de los pacientes que presentan aspiraciones silentes no diagnosticables clínicamente y que, por tanto, tienen un riesgo elevadísimo de desarrollar una neumonía aspirativa<sup>9</sup>.

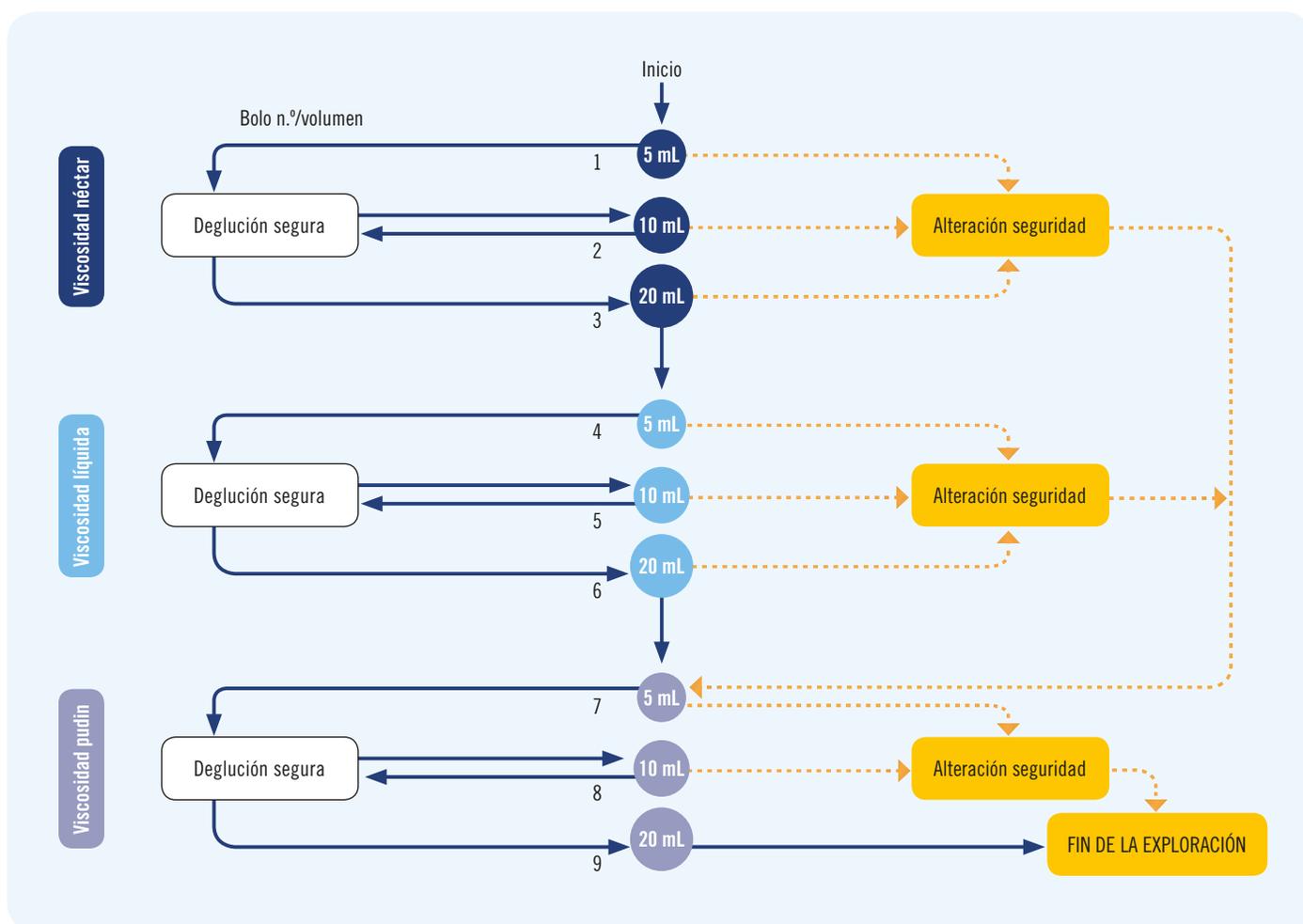


Figura 2. Algoritmo del método de exploración clínica volumen-viscosidad (MECV-V)

## ¿De qué herramientas disponemos para evaluar y diagnosticar el estado nutricional y de hidratación?

### Métodos de cribado nutricional

Esta evaluación, dirigida a identificar a los individuos que están en situación de riesgo de desnutrición, debe realizarse de forma periódica y a todos los individuos con DO, por el efecto directo que ésta tiene sobre el estado nutricional de los pacientes, sean de nivel ambulatorio, hospitalario, domiciliario o institucionalizado. Las herramientas de cribado más habituales en la práctica clínica son el Mini Nutritional Assessment (MNA), el Malnutrition Universal Screening Tool (MUST), el Malnutrition Screening Tool (MST), el Subjective Global Assessment (VSG) y el Nutritional Risk Screening 2002 (NRS 2002).

### Métodos de valoración nutricional

Si los datos de cribado indican que el paciente presenta riesgo de desnutrición o está desnutrido, debe obtenerse más información sobre su estado nutricional mediante los métodos de valoración nutricional. Éstos pueden ser: la historia clínica, la exploración física, los datos antropométricos, los bioquímicos, las pruebas funcionales e, incluso, técnicas de composición corporal.

La medición del estado de hidratación se realiza mediante métodos indirectos, como la evaluación de: a) síntomas (sensación de sed, náuseas, astenia, disminución del nivel de conciencia); b) signos medidos mediante exploración física (pérdida de peso corporal, sequedad de las mucosas, disminución de la turgencia de la piel, signos del pliegue positivo, hundimiento ocular, reducción de la diuresis, etc.); c) la determinación del equilibrio hídrico (indicando deshidratación cuando el balance hídrico es negativo), y los análisis de sangre (aumento de sodio, creatinina y urea, del hematocrito o de la osmolaridad) y orina (coloración, densidad, osmolaridad o concentración de sodio). En la práctica clínica, la medición del estado de deshidratación en los pacientes con DO no es tarea fácil. La enfermedad de base (cáncer, enfermedad neurológica...) puede alterar los resultados analíticos y clínicos, o sencillamente el perfil de paciente anciano o con enfermedad neurológica puede presentar muchos signos de deshidratación como manifestaciones habituales que

pueden falsear la exploración clínica (astenia, hipotensión, estreñimiento, bajo nivel de conciencia o cambios de peso). En un estudio reciente se ha observado que el 100% de los pacientes con DO presentaban una reducción del compartimento hídrico intracelular y deshidratación. ●

## Bibliografía

1. World Health Organization. International Classification of Diseases (ICD). Ginebra: WHO, 2010.
2. Baijens LW, Clave P, Cras P, Ekberg O, Forster A, Kolb GF, et al. European Society for Swallowing Disorders–European Union Geriatric Medicine Society white paper: oropharyngeal dysphagia as a geriatric syndrome. *Clin Interv Aging*. 2016; 11: 1.403-1.428.
3. Clavé P, Shaker R. Dysphagia: current reality and scope of the problem. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2015; 12(5): 259-270.
4. Carrión S, Cabré M, Monteis R, Roca M, Palomera E, Serra-Prat M, et al. Oropharyngeal dysphagia is a prevalent risk factor for malnutrition in a cohort of older patients admitted with an acute disease to a general hospital. *Clin Nutr*. 2015; 34(3): 436-442.
5. Clavé P, Verdaguer A, Arreola V. Oral-pharyngeal dysphagia in the elderly. *Med Clin (Barc)*. 2005; 124(19): 742-748.
6. Cook IJ, Kahrilas PJ. AGA technical review on management of oropharyngeal dysphagia. *Gastroenterology*. 1999; 116(2): 455-478.
7. Clavé P, Arreola V, Romea M, Medina L, Palomera E, Serra-Prat M. Accuracy of the volume-viscosity swallow test for clinical screening of oropharyngeal dysphagia and aspiration. *Clin Nutr*. 2008; 27(6): 806-815.
8. Rofes L, Arreola V, Romea M, Palomera E, Almirall J, Cabré M, et al. Pathophysiology of oropharyngeal dysphagia in the frail elderly. *Neurogastroenterol Motil*. 2010; 22(8): 851-858, e230.
9. Clavé P, De Kraa M, Arreola V, Girvent M, Farré R, Palomera E, et al. The effect of bolus viscosity on swallowing function in neurogenic dysphagia. *Aliment Pharmacol Ther*. 2006; 24(9): 1.385-1.394.

## Puntos clave

1

La disfagia orofaríngea ha sido recientemente reconocida como un síndrome geriátrico. Entre el 56 y el 78% de los ancianos institucionalizados presentan disfagia.

2

La neumonía es la principal causa de muerte en los ancianos frágiles, los pacientes con disfagia tras un accidente cerebral vascular y los pacientes con enfermedades neurodegenerativas.

3

En pacientes con disfagia orofaríngea y en fase aguda de un accidente cerebral vascular, la prevalencia de malnutrición es del 65% y en pacientes con enfermedades neurodegenerativas es del 20-30%.

4

La sensibilidad diagnóstica del método de exploración clínica volumen-viscosidad supera el 85% para las alteraciones de la eficacia de la deglución y alcanza el 90% en las de la seguridad de la deglución.

5

La pérdida de masa muscular contribuye a la disfunción orofaríngea y a la perpetuación de la disfagia, que se ha denominado disfagia sarcopénica.

6

La videofluoroscopia se considera el método de estudio de referencia para la disfagia orofaríngea.

7

Los métodos de cribado nutricional deben realizarse de forma periódica y a todos los individuos con disfagia orofaríngea, por la repercusión que ésta tiene sobre el estado nutricional.

# FontActiv®



## Espesante

### Modifica la textura de alimentos líquidos y semisólidos

Almidón de maíz modificado.

FontActiv® Espesante (antes Thickener), es la **solución ideal en trastornos de deglución o disfagia** para:

- **Ayudar** a que sus pacientes **se alimenten e hidraten** de forma **segura y eficaz**.
- **Disminuir** el riesgo de **broncoaspiración, desnutrición** y **deshidratación**.

**Disolución instantánea, sin grumos, que se mantiene estable durante largo tiempo**

Disponible en sabor neutro

MISMO CI

1 bote x 250g CI 504668

6 botes x 250g CI 504669

FINANCIABLE  
**SNS**



Incluye cacito en su interior.

Descubra toda nuestra gama de productos en [www.fontactiv.es](http://www.fontactiv.es)