



EDITORIAL

Disfagia orofaríngea en el anciano

Oropharyngeal dysphagia in the elderly

Pere Clavé

Unidad de Exploraciones Funcionales Digestivas, Universitat Autònoma de Barcelona, Hospital de Mataró, Mataró, Barcelona, España. Laboratorio de Fisiología Digestiva, Ciberehd, Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas, Instituto de Salud Carlos III, Barcelona, España

Este número de la *Revista Española de Geriatria y Gerontología* incluye un importante artículo de María Isabel Ferrero¹ en el que describe un grupo de resultados relacionados con la detección de disfagia en mayores institucionalizados. La autora aplica un método clínico validado para el diagnóstico clínico en la cabecera del paciente (método de exploración clínica volumen-viscosidad [MECV-V])² con el que obtiene una prevalencia de disfagia orofaríngea que alcanza el 65% de los pacientes ingresados en su centro, cuando el diagnóstico solo había sido establecido antes de la aplicación del método en poco más del 20% de los pacientes. Los pacientes con disfagia identificados por el MECV-V presentaron significativos antecedentes de neumonía (hasta el 38% en los últimos 6 meses) y malnutrición o riesgo de malnutrición en más del 70% según el MNA. La identificación de la disfagia con el MECV-V permite introducir a los autores medidas terapéuticas fundamentadas en la adaptación de los fluidos y los sólidos de la alimentación en más de la mitad de los residentes.

La disfagia es uno de los síndromes geriátricos menos conocidos a pesar de su elevada prevalencia y su enorme impacto en la capacidad funcional, la salud, y la calidad de vida de los ancianos que la padecen³. La disfagia orofaríngea está específicamente clasificada por la Organización Mundial de la Salud en la clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas de salud en sus versiones ICD-9 e ICD-10 (787.2, R13). En la mayoría de ancianos la disfagia es un síntoma crónico a partir de su aparición en el contexto e historia natural de una enfermedad neurológica, neurodegenerativa o asociada a la fragilidad y al envejecimiento y está íntimamente asociada a la capacidad funcional de los pacientes³. Los datos de prevalencia que proporciona Isabel Ferrero están en la línea de la prevalencia media de disfagia reportada en residencias geriátricas (65-75%), prevalencia que en ancianos hospitalizados por enfermedades agudas oscila entre el 35-55% y en ancianos que viven en la comunidad entre el 15-25%³⁻⁵. En la mayoría de nuestros hospitales y centros asistenciales existe una gran discrepancia entre la elevada morbilidad,

mortalidad y elevados costes sanitarios ocasionados por las complicaciones de la disfagia orofaríngea y el bajo nivel de recursos materiales y humanos dedicados a esta afección. Curiosamente los recursos suelen dirigirse más al tratamiento de las complicaciones de la disfagia orofaríngea que al diagnóstico y tratamiento del problema primario.

En los ancianos la severidad de la disfagia orofaríngea puede variar desde una dificultad moderada hasta la total imposibilidad para la deglución y originar 2 grupos de complicaciones de gran trascendencia clínica para la salud de los ancianos: *a*) si se produce una disminución de la eficacia de la deglución el paciente va a presentar malnutrición y/o deshidratación; y *b*) si se produce una disminución de la seguridad de la deglución se va a producir o un atragantamiento con obstrucción de la vía aérea, o más frecuentemente una aspiración traqueobronquial que puede ocasionar una neumonía aspirativa^{3,5}. El MECV-V permite diagnosticar tanto las alteraciones de la seguridad, como las de eficacia y determinar el volumen y la viscosidad del bolo alimentario más adecuado para cada paciente². Una reciente resolución del Consejo de Europa sobre los cuidados nutricionales hospitalarios recomienda considerar la disfagia orofaríngea como causa de malnutrición especialmente en ancianos, el desarrollo de guías para la identificación de la disfagia como origen de malnutrición, la monitorización de la ingesta calórico proteica, y la disponibilidad de texturas y viscosidades apropiadas para cada tipo de paciente⁶. Las complicaciones respiratorias suponen la principal causa de mortalidad en los pacientes con disfagia orofaríngea. Hasta el 50% de los pacientes ancianos con disfagia presentan alteraciones de la seguridad de la deglución (penetraciones y aspiraciones)⁷. Una elevada proporción de estos pacientes presentan aspiraciones silentes (no acompañadas de tos), que también pueden ser diagnosticadas mediante el MECV-V puesto que este método incluye la determinación de la saturación de oxígeno. Una disminución de la saturación > 3% durante o inmediatamente después de la ingesta de un bolo sugiere una aspiración⁶. Las aspiraciones orofaríngeas ocasionan frecuentes infecciones respiratorias y, hasta un 50% de los pacientes que aspiran desarrollan una neumonía por aspiración², con una mortalidad asociada de hasta el 50%³. El desarrollo de una neumonía requiere la combinación de la disfagia con aspiración, que el material orofaríngeo esté colonizado por gérmenes capaces de producir neumonía, hecho que se relaciona

Véase contenido relacionado en DOI:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2011.09.004>
 Correo electrónico: pere.clave@ciberehd.org

con la mala higiene oral y dental, caries y enfermedades periodontales y, una mala respuesta inmune relacionada con la edad y la fragilidad³.

La identificación de la disfagia como un síndrome geriátrico importante, ocasionará muchos cambios en la provisión de servicios asistenciales y sociales a los ancianos en un futuro cercano. En una gran mayoría de ancianos con disfagia es posible introducir tratamientos que han demostrado su eficacia para mejorar la deglución⁸. La educación de los profesionales sanitarios sobre el diagnóstico y tratamiento de la disfagia orofaríngea y sus complicaciones, el diagnóstico precoz mediante métodos clínicos precisos y aplicables en la cabecera del paciente, la inclusión del diagnóstico de disfagia mediante los códigos ICD específicos en los informes clínicos de los ancianos que la padecen, el desarrollo de exploraciones complementarias específicas para cada entorno clínico, y la mejora de las estrategias nutricionales y terapéuticas para evitar las aspiraciones y la malnutrición son las piedras angulares para permitir la máxima recuperación para los ancianos con disfagia. El artículo de Ferrero es un excelente punto de partida para que los lectores de la *Revista Española de Geriatria y Gerontología* reflexionen sobre este importante trastorno que afecta a la salud y a la calidad de vida de muchos de nuestros ancianos.

Bibliografía

1. Ferrero López MI, García Gollarte JF, Botella Trelis JJ, Juan Vidal O. Detección de disfagia en mayores institucionalizados. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2012;47:143–7.
2. 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;27:806–15.
3. Rofes L, Arreola V, Almirall J, Cabré M, Campins L, García-Peris P, et al. Diagnosis and management of oropharyngeal dysphagia and its nutritional and respiratory complications in the elderly. *Gastroenterol Res Pract.* 2011;2011:PII 818979. <http://dx.doi.org/10.1155/2011/818979>.
4. Serra-Prat M, Palomera M, Gómez C, Sar-Shalom D, Sáiz A, Montoya JG, et al. Oropharyngeal dysphagia as a risk factor for malnutrition and lower respiratory tract infection in independently living older persons: a population-based prospective study. *Age Ageing.* 2012;41:376–81.
5. 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;22:851–8.
6. Resolution ResAP3 on food and nutritional care in hospitals. Adopted by the Committee of Ministers on 12 November 2003 at the 860th meeting of the Ministers' Deputies. Disponible en: <http://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=85747&Lang=en> [consultado May 2012].
7. Cabre M, Serra-Prat M, Palomera E, Almirall J, Pallares R, Clavé P. Prevalence and prognostic implications of dysphagia in elderly patients with pneumonia. *Age Ageing.* 2010;39:39–45.
8. Speyer R, Baijens L, Heijnen M, Zwijnenberg I. Effects of therapy in oropharyngeal dysphagia by speech and language therapists: a systematic review. *Dysphagia.* 2010;25:40–65.