

Grupo de estudio DISFAGIA AANEP

Comentadoras: Ferreira Ma. Laura, Godoy Moriena Paola, Mayo 2021

## **Disfagia en Adultos Mayores**

### **Dysphagia in Older Adults**

“Dysphagia in Older Adults” Shanojan Thiyagalingam, MD; Anne E. Kulinski, CCC-SLP; Bjorg Thorsteinsdottir, MD; Katrina L. Shindelar, OT; and Paul Y. Takahashi, MD.

Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2020.08.001>

#### RESUMEN

La disfagia es la dificultad para mover de manera efectiva y segura el bolo alimenticio desde la boca hasta el estómago. Se considera un síndrome geriátrico ya que afecta entre un 10 y 33 % de los adultos mayores, y esta prevalencia aumenta en aquellos pacientes con otras patologías asociadas como accidente cerebrovascular (37-78%) o enfermedades neurodegenerativas como Enfermedad de Alzheimer (80%) y Enfermedad de Parkinson (60%).

Los pacientes adultos con disfagia tienen mayor prevalencia de malnutrición, neumonía y deshidratación, generando aumento de los tiempos internación, con mayores costos en salud e incremento en tasas de mortalidad. La disfagia afecta la independencia del adulto mayor y su calidad de vida.

Los adultos mayores sanos pueden experimentar cambios en la estructura, fisiología e inervación de los mecanismos de deglución, esto se denomina *presbifagia*. Estos cambios pueden darse en las distintas etapas de la deglución. Podemos clasificarla en 3 categorías principales según el tipo de etapa que se vea afectada: oral, faríngea y esofágica.

En la cavidad oral, los adultos mayores a menudo presentan alteraciones en el sentido del gusto o del olfato, también cambios en la dentición, la higiene bucal y la saliva. Además, presentan disminución de la masa muscular y de la fuerza de contracción generando una función deficiente de la lengua, los labios, el velo y la mandíbula. También pueden presentar hipertrofia de la lengua, que es el resultado del aumento de depósitos de grasa y el aumento del tejido conectivo que genera disminución de la movilidad y fuerza de la lengua, generando una deficiencia del movimiento del bolo en la cavidad bucal.

En la región faríngea los adultos mayores también pueden experimentar un retraso en el inicio de reflejo deglutorio. Además, se puede observar un movimiento anterior laríngeo inadecuado debido a la disminución de la elasticidad del tejido conectivo, lo que reduce la apertura del esfínter esofágico superior. Con estos cambios faríngeos, algunos adultos mayores presentan un riesgo aumentado de penetración y aspiración de alimentos.

En la fase esofágica de la deglución se ve retardada la progresión del bolo alimenticio (8-20 segundos). Los adultos mayores pueden experimentar por efecto del proceso de envejecimiento del esófago disminución de la flexibilidad del esfínter esofágico superior; reducción de la contracción de los músculos lisos del esófago, la aparición de contracciones no peristálticas y retraso del vaciamiento esofágico.

En los adultos mayores, la presbifagia puede provocar disfagia cuando se presenta un factor estresante como delirio, demencia, un efecto adverso de un medicamento, o una hospitalización. Los agentes de salud pueden identificar el tipo específico de disfagia, en

aproximadamente el 80% de pacientes, haciendo 5 preguntas que formarán la historia clínica del paciente y orientarán su posterior tratamiento:

1. ¿Qué sucede cuando usted intenta tragar?

Los pacientes pueden describir dificultades con alimentos y líquidos al movilizarlos en la boca o al iniciar la deglución, lo que sugiere patología en la etapa oral de la deglución.

Si el paciente describe síntomas como tos, asfixia o regurgitación nasofaríngea, puede indicar una patología probable en las estructuras faríngeas de la deglución. También se debe preguntar sobre la presencia de carraspeo frecuente. Además, si el paciente describe que los alimentos se atascan detrás del esternón, dolor en el pecho o acidez después de tragar, dichos síntomas podrían indicar un trastorno patológico en el esófago, como una estenosis.

2. ¿Presenta usted problemas al masticar?

Los cuidadores de pacientes con disfagia pueden observar si el tiempo de las comidas es prolongado, si al paciente le cuesta masticar los alimentos y si deben tragar repetidas veces.

Estos síntomas se observan comúnmente en pacientes con demencia debido a una mala coordinación motora o apraxia. Los profesionales deben preguntar si utilizan dentaduras postizas. Más específicamente, los pacientes pueden describir dificultades al masticar debido a dentaduras postizas que pueden no ser ajustadas, causando erosión de la encía. Otras causas de la masticación dificultosa incluyen lesiones orales dolorosas o sequedad de boca debido a la deshidratación y medicamentos anticolinérgicos.

3. ¿Presenta usted dificultad para tragar sólidos, líquidos o ambos?

Pacientes que describen dificultad para tragar líquidos pueden indicar que presentan disfagia orofaríngea, mientras que los que experimentan dificultades al tragar sólidos podrían indicar disfagia esofágica.

Pacientes que manifiestan dificultad para tragar tanto líquidos como sólidos suelen presentar afección de todas las fases de la deglución.

4. Describa el inicio de los síntomas, duración y frecuencia de los mismos.

Un inicio repentino de disfagia puede estar relacionado con un accidente cerebrovascular o la impactación de un cuerpo extraño; por otro lado, un inicio lento y progresivo puede atribuirse a una enfermedad neurodegenerativa como la enfermedad de Alzheimer. El paciente puede describir dificultad progresiva en la deglución de alimentos sólidos, que puede verse con estenosis pépticas o causadas por una enfermedad neoplásica.

5. ¿Cuáles son los síntomas asociados?

La disfagia es causada comúnmente por enfermedades sistémicas que resultan en otros síntomas asociados. Por ejemplo, el paciente puede describir asimetría facial o entumecimiento de la cara, junto con tos al tragar, que son indicadores potenciales de un accidente cerebrovascular. Si el paciente experimenta cambios cognitivos podría apuntar a un posible diagnóstico de demencia. Si hay pérdida de peso, se puede considerar la malignidad como un diagnóstico diferencial en esta población de pacientes.

Además de estas preguntas orientativas, es imprescindible desarrollar un examen físico y neurológico, evaluando el estado de alerta, la tos, la calidad de la voz, el babeo, las anomalías de los nervios craneales, la disartria y la alteración del reflejo nauseoso o de la tos.

El Test del vaso de Agua 90ml (3 Oz Water Swallow test) puede resultar una herramienta simple, con un 91% de sensibilidad y 53% especificidad.

Cuando la evaluación clínica es positiva, se puede recurrir a una evaluación instrumental, que puede ser una fibroendoscopia (FEES) o una video deglución, que además de proveernos un diagnóstico más específico sobre el tipo de disfagia que presenta el paciente, nos ayude a determinar qué consistencia de sólidos y líquidos es capaz de tragar el paciente con seguridad. Durante ambas evaluaciones, el terapeuta capacitado en disfagia puede observar la efectividad de una variedad de maniobras terapéuticas, como los cambios posturales.

Con respecto al tratamiento de la disfagia orofaríngea, el abordaje interdisciplinario ha demostrado ser una forma efectiva para lograr una mejor rehabilitación.

Existen dos categorías de opciones terapéuticas, las intervenciones compensatorias, que incluyen cambios de comportamiento, cuidado bucal, modificación de la dieta y las intervenciones de rehabilitación, como ejercicios y ensayos orales terapéuticos.

La modificación de la dieta, adaptando la textura de los alimentos y la viscosidad de los líquidos, se encuentra entre las medidas compensatorias más ampliamente utilizadas en el tratamiento de la disfagia. Se puede utilizar la clasificación tradicional de la National Dysphagia Diet, de la Estrategia Global IDDSI o una propia de la Institución.

Es importante considerar que las dietas de textura modificada suelen tener una baja aceptabilidad por la alteración del sabor, la textura, y por su apariencia, y esto puede conducir a deshidratación y malnutrición.

El manejo de la disfagia esofágica depende de la etiología subyacente y puede involucrar intervenciones de un gastroenterólogo.

Respecto a los dilemas éticos, las decisiones sobre la modificación de la dieta deben considerarse en relación con la cultura y valores sociales.

Al considerar las restricciones de alimentos y bebidas para prevenir complicaciones de la disfagia, uno debe sopesar estos riesgos contra el daño de privar al paciente del placer del sustento de su elección. Debido a la abrumadora evidencia, la Sociedad Americana de Geriátrica y la Junta de Medicina Interna estadounidense han proporcionado recomendaciones basadas en la evidencia contra el uso de sondas de alimentación en pacientes con demencia avanzada. Las sondas de alimentación se asocian con una mayor agitación, restricciones físicas y úlceras por presión.

La discusión entre el paciente, su familia y el cuerpo médico resulta útil para asesorar y ofrecer opciones que reflejan los deseos del paciente. El abordaje precoz permitirá que el paciente y los cuidadores tengan tiempo para comprender y tomar decisiones importantes a tiempo para evitar sentimientos de culpa relacionados con la decisión que se toma.

## COMENTARIO

Este artículo describe la importancia de identificar la disfagia en los adultos mayores dada la alta prevalencia en esta población, ya que esta condición se asocia a múltiples complicaciones como aumento de infecciones respiratorias, desnutrición y deshidratación.

La disfagia orofaríngea (DO) es una afección clínica frecuente y generalizada entre los adultos mayores. Está clasificada como una afección digestiva por la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD) ICD-10, y está incluida en la Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y Código de Salud B5105 de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Recientemente, los expertos del Grupo de Trabajo de Disfagia reconocieron la DO como un “síndrome geriátrico”, que es aquel que incluye *afecciones clínicas en personas mayores que no encajan en categorías de enfermedades pero son altamente prevalentes en la vejez, multifactoriales, asociadas con múltiples comorbilidades y malos resultados y solo son tratables cuando se usa un enfoque multidimensional.*

La prevalencia de la DO aumenta con la edad, con tasas entre aproximadamente el 30% en personas mayores de 65 años que viven de forma independiente y más del 40%, en entornos específicos como hospitales, hogares de ancianos y geriátricos, y obteniendo una tasa de prevalencia superior al 60% en pacientes mayores institucionalizados. La prevalencia de DO es más alta en pacientes con fragilidad, hasta el 47% de los pacientes ancianos frágiles hospitalizados por enfermedad aguda sufrirán DO.

Sin embargo, pese a su elevada prevalencia, raramente se incluye la DO como diagnóstico específico en informes de alta hospitalarios, historia clínica de residentes geriátricos o en informes médicos en ámbito de la medicina privada.

Como se menciona en el artículo, los cambios fisiológicos y las alteraciones en el mecanismo deglutorio que se producen en los adultos mayores (presbifagia), predisponen a que frente a un factor estresor, puedan desarrollar disfagia. Por este motivo, propone que los profesionales de salud, familiares y cuidadores deben ser entrenados para poder identificar la disfagia con 5 preguntas sencillas que se realizarán a los pacientes, las mismas estarán destinadas a evaluar qué tipo de disfagia presenta en paciente, lo cual orientará sobre el tratamiento que deben realizar. La utilidad de estas preguntas será realizar un tamizaje periódico para identificar riesgo, pero una vez identificado, es el examen clínico e instrumental el que definirá el tipo de disfagia y el tratamiento indicado para rehabilitar la deglución. La utilidad de enseñar a los familiares y cuidadores estas preguntas es visibilizar los síntomas de disfagia, que los tengan presentes, y que de esta manera pueda ser identificada y tratada a tiempo.

En distintos estudios se observó que existe una asociación estrecha entre disfagia, deshidratación, malnutrición y sarcopenia, lo que sugiere que el cribado de la DO, debe implementarse en el entorno geriátrico para prevenir potencialmente el deterioro funcional.

A pesar de la alta prevalencia de DO y sus graves complicaciones, está poco explorado y con frecuencia no se detecta, y la mayoría de los pacientes con DO no son diagnosticados ni tratados. Los autores plantean que no existe una herramienta diseñada y validada para el diagnóstico de disfagia en los adultos mayores. Creemos en este sentido, que lo ideal será elegir alguna herramienta de screening en función de los recursos físicos y profesionales disponibles (EAT10, Gugging Swallowing Screen GUSS, Yale Swallow protocol, etc), y luego

realizar una completa evaluación clínica y neurológica para aquellos pacientes que hayan presentado riesgo de disfagia en el screening.

Si el paciente ha presentado signos de alteración de la seguridad en la exploración clínica lo ideal es realizar una exploración instrumental que ayude a diagnosticar el trastorno funcional y a prescribir el tratamiento dietético y/o rehabilitador más adecuado. En la actualidad las dos técnicas disponibles son la fibroendoscopia de la deglución (FEES) y videofluoroscopia (VFS), considerándose esta última el patrón de oro para el diagnóstico. Nuevamente, la elección de uno u otro estudio dependerá de la habilidad del paciente para realizarlo, así como la disponibilidad de los mismos en la institución o la posibilidad de traslado del paciente para realizarlos.

La VFS requiere trasladar al paciente a la sala de radiología, la capacidad de que pueda sentarse erguido y responder a las órdenes dadas. La FEES requiere que el paciente tolere la introducción del endoscopio por la nariz, lo que conlleva cierto riesgo de sangrado, así como un aumento de la excitación en casos de delirio y demencia. Además, en ambos casos, se requiere tanto la disponibilidad de los equipos como de personal entrenado para realizar estos estudios, lo cual es muy difícil en los geriátricos y residencias. Por eso, creemos que, en esta población, cobra gran importancia y protagonismo la evaluación clínica de la deglución. Un examen físico completo por un profesional entrenado, que involucre la evaluación de las estructuras anatómicas que intervienen en la deglución, la capacidad funcional del paciente, su estado de alerta y conciencia, su cavidad bucal, y la presencia de los síntomas de disfagia como tos, babeo, salivación, calidad de la voz, expectoración, entre otros, aportará información muy valiosa para un diagnóstico precoz. Además, evaluar el desempeño al tragar líquidos y sólidos auscultando y midiendo la saturación de oxígeno, observando la capacidad de armado del bolo, el tiempo que les toma tragar, la cantidad de tragos necesarios, la efectividad del trago, la presencia de desaturación al tragar, la aparición o no de tos, los cambios en la voz, permiten completar la evaluación.

Para el tratamiento de la disfagia plantea que una adecuada intervención tanto de rehabilitación de la deglución, técnicas posturales y modificación de la consistencia de alimentos y líquidos pueden disminuir la incidencia de complicaciones relacionadas a la disfagia.

Para esto es importante que tanto los profesionales de la salud como los cuidadores y familiares de los adultos mayores estén familiarizados con esta patología, sus consecuencias y tratamientos para evitar sus complicaciones, que pueden agravar el estado clínico general del paciente e impactar negativamente en su calidad de vida. Los pacientes con DO, presentan un alto riesgo de neumonías por aspiración, malnutrición, deshidratación, , aumento considerable de la mortalidad, prolongación de estancia hospitalaria y aumentos de costos al sistema de salud.

Respecto a la clasificación de las dietas de textura modificada, no determina con precisión cual utilizar. Siguiendo los últimos lineamientos publicados por el grupo de estudio internacional que desarrolló la estrategia IDDSI (International Dysphagia Diet Standardisation Initiative), su utilización permite estandarizar la nomenclatura de las dietas. Su aplicación en distintas Instituciones permitirá dar continuidad al tratamiento que el paciente este realizando, así como una mejor aplicación e interpretación de las indicaciones realizadas.

Los dilemas éticos en torno a las decisiones respecto a la alimentación de los pacientes son un punto relevante para considerar. Preservar la calidad de vida, los hábitos y costumbres de los pacientes debe ser prioritario siempre que sea posible. Sin embargo, la decisión de instauración de un soporte nutricional a través de una sonda nasogástrica o gastrostomía muchas veces es necesario para asegurar la cobertura de los requerimientos de los pacientes.

Involucrar al paciente, su familia y entorno en las decisiones es una práctica poco implementada pero que debemos incorporar al definir la estrategia de abordaje nutricional de estos pacientes.

Respecto a los pacientes con demencia, en el artículo se desalienta la colocación de sondas para alimentación, ya que suelen producirles irritabilidad, agitación, y úlceras por presión. Contemplar cada caso, de forma individualizada, en función de la patología, el pronóstico, la asistencia que el paciente tenga, y su voluntad, es la mejor practica que podemos seguir para poder preservar el estado nutricional de los pacientes e intentar alimentarlos e hidratarlos de la manera más segura posible. Un diagnóstico oportuno, ayudaría a tomar decisiones de manera preventivas, permitiendo adelantarse a las necesidades de soporte nutricional enteral en pacientes con deterioro progresivo, pudiendo planificar colocación de accesos permanentes de nutrición enteral (gastrostomías) y así evitar la colocación de SNG y/o intervenciones de urgencia, las cuales son realizadas con el paciente en peor estado nutricional, dificultando luego la recuperación.

Por último, es auspicioso destacar que la tecnología nos brinda cada vez más herramientas, dispositivos y estrategias para favorecer la rehabilitación de la deglución. Sin embargo, es necesario continuar estudiando e investigando la disfagia para avanzar en las opciones terapéuticas y la calidad de vida de los adultos mayores que la sufren.

#### BIBLIOGRAFIA

Tagliaferri S, et al. The risk of dysphagia is associated with malnutrition and poor functional outcomes in a large population of outpatient older individuals. *Clin Nutr.* 2019;38(6):2684. Disponible en <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2018.11.022>.

Baijens L, et al. Oropharyngeal dysphagia as a geriatric syndrome. *Clinical Interventions in Aging*, 11, 1403–1428. (2016).

Gallegos C, et al. Nutritional Aspects of Dysphagia Management. *Advances in Food and Nutrition Research* Volume 81, 2017, Pages 271-318. Disponible en <https://doi.org/10.1016/bs.afnr.2016.11.008>.

Ortega O, et al. Diagnosis and Management of Oropharyngeal Dysphagia Among Older Persons, State of the Art. *JAMDA VOLUME 18, ISSUE 7, P576-582, JULY 01, 2017*. Disponible en: DOI:<https://doi.org/10.1016/j.jamda.2017.02.015>..

Rogus-Pulia N, et al. Dysphagia in Frail Older Persons: Making the Most of Current Knowledge. *JAMDA* 19 (2018) 736e740. DOI:<https://doi.org/10.1016/j.jamda.2018.04.016>.