

Los trastornos de la alimentación y nutrición. Un tema muy nuestro, aunque escasamente diagnosticado y abordado

Carlos Verdejo Bravo

Servicio de Geriátría Hospital Clínico San Carlos. Universidad Complutense. Madrid. España.

La alimentación está considerada como una de las funciones básicas de las personas, mediante la cual, se deben cubrir las necesidades nutricionales diarias. Además, también constituye un elemento importante en la relación personal y social de las personas mayores, apareciendo, cada vez con mayor reconocimiento como un componente de la calidad de vida.

Es bien conocida la gran variabilidad en los requerimientos nutricionales de las personas mayores, e incluso existe cierto grado de evidencia de que un significativo número de ancianos no aportan ni la cantidad ni el tipo de alimentos necesarios para cubrir los requerimientos energéticos y de nutrientes que cabría esperar¹. Actualmente se acepta que la nutrición supone un determinante importante del estado de salud, la función física y mental, la vitalidad, la calidad de vida y la longevidad².

En los ancianos sanos pueden concurrir una serie de circunstancias que influyan en que el aporte de la dieta sea poco equilibrado (falta de conocimientos, limitaciones económicas, aislamiento social, incumplimiento dietas, etc.), siendo éstas aún más relevantes en los ancianos enfermos (enfermedades agudas y crónicas, polifarmacia, incapacidad, deterioro cognitivo, depresión, alteración apetito, etc.). En ese sentido se ha demostrado que con la edad avanzada, el riesgo de desarrollar déficits nutricionales serios se incrementa, y que la aparición de malnutrición incrementa la dependencia funcional, la morbilidad, la mortalidad y la utilización de recursos de salud³.

Los trastornos de la deglución, especialmente la disfagia alta u orofaríngea, aparecen como un problema bastante común en la población de edad avanzada, en parte debido a los cambios fisiológicos del envejecimiento y a la patología de base del paciente. No obstante, se considera que la comorbilidad desempeña un papel más relevante en la patogenia de la disfagia orofaríngea que el envejecimiento fisiológico, ya que para mantener la coordinación de la deglución se requiere la integridad neuromuscular de una serie de estructuras (centros cortical y romboencefálico de la deglución, la sustancia reticular y los núcleos de los pares craneales V, VII, IX, X y XII), las cuales se pueden afectar con bas-

tante frecuencia en el seno de la patología neurológica, tanto degenerativa como vascular, que con bastante frecuencia padece el paciente anciano⁴. Conviene destacar que la gran mayoría de los casos de disfagia orofaríngea se suelen presentar en la población anciana, y en más de un 75% de los casos su origen está relacionado con la enfermedad cerebral, fundamentalmente con las lesiones vasculares.

La aparición de la disfagia orofaríngea en los pacientes ancianos puede convertirse en un problema potencialmente grave debido a las consecuencias que puede provocar (neumonías, broncoaspiraciones, insuficiencia respiratoria, malnutrición) deteriorando en muchas ocasiones la calidad de vida del paciente, comprometiendo su salud y reduciendo las expectativas de vida^{4,5}. Se estima que la disfagia afecta a un 5-16% de los ancianos que residen en la comunidad y hasta el 30-70% de los institucionalizados⁶, apareciendo como una de las principales consecuencias la ingesta inadecuada con las consiguientes repercusiones (pérdida de peso, deshidratación y desarrollo de malnutrición, además de las complicaciones respiratorias). Se ha comunicado en algunos estudios recientes una relación entre la disfagia y el desarrollo de malnutrición⁶.

El abordaje diagnóstico de los pacientes con alteración de la deglución se inicia con la confección de una completa historia clínica para conocer su enfermedad de base e identificar los principales factores de riesgo asociados de una disfagia orofaríngea. De una forma específica se deben valorar los aspectos referidos a la disfagia, como el tiempo de duración, la localización concreta de la dificultad deglutoria, la consistencia de los alimentos que la causan, la presencia de otros síntomas acompañantes (pérdida de peso, pirosis) y las consecuencias directas o indirectas de la disfagia (problemas respiratorios, malnutrición, deterioro de la calidad de vida, etc.).

Una vez establecido el origen alto de la disfagia se debe seguir con otros aspectos semiológicos, como es la valoración del habla y de la deglución. En ese sentido, se ha establecido una buena correlación entre una reducción ó ausencia de sensibilidad hipofaríngea explo-

rada mediante el reflejo nauseoso, y el riesgo de aspiración pulmonar. Junto con estos aspectos clínicos, existen diferentes exploraciones complementarias dirigidas a valorar la disfagia orofaríngea, si bien actualmente no existe un claro consenso en las pautas de valoración adecuada, sobre todo en enfermos con deterioro cognitivo y/o físico, donde la colaboración del paciente va a ser limitada.

La videofluoroscopia es una técnica a través la cual se evalúan y registran en un vídeo las diferentes fases de la deglución tras la administración de una pequeña cantidad de bario por vía oral, con diferentes consistencias (líquida, semisólida o sólida). Posteriormente a la exploración se suele efectuar una radiografía de tórax para comprobar o descartar una broncoaspiración. Los resultados de esta prueba deben ser evaluados por un especialista en la deglución y un radiólogo^{4,5}. Mediante esta prueba se ha conseguido mejorar la detección de aspiraciones pulmonares, si bien su realización está limitada por la escasa disponibilidad en los centros asistenciales.

Otra técnica más sencilla, como el uso del test de desaturación de oxígeno, tiene una alta sensibilidad en la detección de broncoaspiraciones, ya que pequeñas cantidades de material aspirado provocan cambios en la saturación del oxígeno, y cuando esta técnica se combina con una valoración de la deglución por personal especializado, los resultados proporcionan los mejores valores predictivos⁷.

En el presente número de esta revista se publican dos artículos en los cuales se valoran, de modos diferentes, la deglución en pacientes ancianos. En el primero de ellos⁸, realizado en el Hospital de Buenos Aires (Argentina), se propone un modelo sencillo de detección de los episodios aspirativos en pacientes con sospecha de broncoaspiración secundaria a disfagia, combinando el registro durante la toma de alimentos de diferente consistencia con una oximetría, y comparando los resultados con la videofluoroscopia + fibrolaringoscopia, aunque sin poder demostrar su validez. En el otro trabajo⁹, realizado en Barcelona, aunque por médicos brasileños, se presentan los resultados de la valoración de la cavidad oral, así como de la masticación y deglución, en un pequeño grupo de ancianos sanos institucionalizados, mediante el análisis de diversas facetas (dientes, lengua, labios, masticación, deglución). Ambos trabajos, si bien tienen unas muestras pequeñas (20 y 28 pacientes, respectivamente), resultan interesantes ya que abordan desde la clínica, la detección de los trastornos de la deglución, y tratan de proponer un modelo de fácil implantación.

En los últimos años, y debido al reconocimiento del papel de la malnutrición y su relación con una deficiente alimentación, se ha desarrollado bastante los instrumentos de valoración nutricional básica, apareciendo entre los más utilizados la lista DETERMINE y el Mini Nutritional Assessment (MNA)¹⁰, sobre todo por las limitaciones del

análisis aislado de la historia dietética. Se acepta que la aproximación a la ingesta calórica a través de la encuesta dietética no es excesivamente fiable en la población anciana, al infraestimar el aporte calórico hasta en un 20%¹¹, por lo que los parámetros antropométricos siguen siendo la piedra angular de la valoración nutricional en las personas mayores. En esta línea, está demostrado que una reducción significativa del peso (5% en los últimos 3 meses, o 10% en los últimos 6 meses) supone un útil indicador de riesgo nutricional y de morbilidad, considerándose que esta pérdida de peso es predictiva de limitaciones funcionales, mayor utilización de recursos sanitarios y necesidad de hospitalización¹¹.

También se presenta en este mismo número de la revista otro trabajo dirigido a conocer el perfil nutricional de los ancianos comunitarios, incluidos en un programa de Atención Domiciliaria¹², utilizando uno de los test más extendidos y de mayor validez, como es el MNA. Es importante destacar la alta prevalencia de malnutrición (23%) que comunican los autores de este trabajo, y todavía el riesgo de padecerla es algo mayor.

Finalmente, y a modo de recomendaciones basadas en la evidencia científica, se presenta un exhaustivo y completo artículo de revisión¹³, efectuado por 2 expertos en el tema de la nutrición (Dra. Matía y Dr. Cuesta), que incluye las directrices más actuales en cuanto a distintas actuaciones nutricionales en la atención al paciente geriátrico. Así, se exponen aspectos sobre la detección de la desnutrición y las distintas posibilidades de intervención nutricional, incluyendo incluso los controvertidos aspectos éticos de la nutrición artificial en este colectivo de pacientes.

Como comentario final me gustaría destacar el papel que todos los geriatras clínicos deberíamos mantener en torno a este problema de salud. Sólo con una alta sensibilidad hacia la alimentación y los trastornos de la deglución aumentaríamos la detección de este problema, especialmente en aquellos subgrupos de ancianos más frágiles, y podríamos intervenir de la forma más adecuada en cada caso, permitiendo en muchas ocasiones retrasar o evitar el desarrollo de una malnutrición con sus consecuencias negativas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bernstein MA, Tucker KL, Ryan ND, O'Neill EF, Clements KM, Nelson ME, et al. Higher dietary variety is associated with better nutritional status in frail elderly people. *J Am Diet Assoc.* 2002;102:1096-104.
2. Sullivan DH, Johnson LE. Nutrition and aging. En: Hazzard WR, Blass JP, Halter JB, Ouslander JG, Tinetti ME, editors. *Principles of Geriatric Medicine & Gerontology*. 5th ed. New York: McGraw-Hill; 2003. p. 1151-69.
3. Lipschitz DA. Nutrition and ageing. En: Grimley Evans J, Franklin Williams T, Lynn Beattie B, Michel JP, Wilcock GK, editors. *Oxford Textbook of Geriatric Medicine (Second edition)*. Oxford: Oxford University Press; 2003. p. 139-50.

4. Verdejo C. Disfagia. En enfermedades del aparato digestivo en las personas mayores. Monografías en Geriatria. Formación continuada. Barcelona: Glosa; 2004. p. 9-18.
5. Ashley J, Duggan M, Sutcliffe N. Speech, language and swallowing disorders in the older adults. Clin Geriatr Med. 2006;22:291-310.
6. Taylor KA, Barr SI. Provision of small, frequent meals does not improve energy intake of elderly residents with dysphagia who live in an extended-care facility. J Am Diet Assoc. 2006;106:1115-8.
7. Marik PE, Kaplan D. Aspiration pneumonia and dysphagia in the elderly. Chest. 2003;124:328-36.
8. Manzotti ME, Engel CA, Catalano HN. Utilidad de un método a la cabecera del paciente para la detección de episodios aspirativos. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2006;41:314-20.
9. Zambrana Toledo N, Chiari BM, Brandão de Ávila C. Estudio clínico fonodiológico de la capacidad de deglución y masticación en las personas mayores. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2006;41:357-61.
10. Jensen GL, Powers JS. Desnutrición. Geriatrics Review Syllabus. 5.ª ed. Español. Barcelona: Medical Trends; 2003. p. 155-64.
11. [Consultado 18 abril 2005] Disponible en: <http://www.americangeriatrics.org/directory/ABIM/GRS/Malnut.htm>
12. Martínez de la Iglesia J, Aguado Taberné C, Lemos Peña AM, Ruíz Afán P, Fernández Conde B, Burg Gómez de Mercado C. Aproximación al estado nutricional de una población en atención domiciliaria. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2006;41:321-6.
13. Matía Martín P, Cuesta Triana FM. Nutrición en el anciano hospitalizado. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2006;41:340-56.