

“Características nutricionales de adultos mayores con disfagia orofaríngea. Hospital Geriátrico del Instituto de Previsión Social. Año 2010”

Nutritional characteristics of older adults with oropharyngeal dysphagia. Geriatric Hospital of Instituto de Previsión Social. Year 2010

Claudia Bordón Riveros¹

RESUMEN

La disfagia es la dificultad para tragar alimentos. Su incidencia es alta, aumenta con la edad, y la orofaríngea es la más prevalente. Las patologías que más cursan con disfagia son las neurógenas. La disfagia puede provocar malnutrición, deshidratación y/o broncoaspiraciones. Estudios muestran una prevalencia de desnutrición de 8,2% a 49% luego de un accidente cerebrovascular. La atención nutricional en estos pacientes cobra relevante interés para mejorar el estado nutricional y disminuir complicaciones.

Objetivo: conocer el estado nutricional, el manejo y las características de la alimentación de los pacientes adultos mayores con disfagia orofaríngea internados en un hospital de referencia.

Metodología: El estudio fue observacional descriptivo de corte transversal. En 82 pacientes se determinó el estado nutricional mediante la Valoración Global Subjetiva y a través de un cuestionario se caracterizó su alimentación.

Resultados: La edad promedio fue de $81,8 \pm 9,3$ años, con leve predominio del sexo femenino (53,7%). El 79,2% presentó algún grado de desnutrición. El 97,6% tuvo asistencia nutricional mediada por médico y nutricionista. El 22% de los pacientes corresponde a los que se alimentaban exclusivamente vía oral. Las modificaciones más frecuentes fueron instalación de SNG y cambio de consistencia. Los aportes promedios diarios fueron; 1869 ± 548 calorías y $76,2 \pm 20,3$ g proteínas. El 61% tuvieron una ingesta adecuada de calorías y un 68% de proteínas.

Conclusión: la prevalencia de desnutrición en esta población es alta, a pesar de la alta asistencia nutricional. Las características de su alimentación no son del todo acorde a las recomendaciones.

Palabras clave: disfagia orofaríngea, adulto mayor, dietas de consistencia modificada, desnutrición.

ABSTRACT

Dysphagia is difficulty in swallowing food. Its incidence is high, increases with age and oropharyngeal is the most prevalent. The pathologies that are more present with neurogenic dysphagia. Dysphagia can lead to malnutrition,

¹Universidad Iberoamericana y la Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción
Email: claudiabordonr@gmail.com

Recibido: setiembre 2015 Aceptado: octubre 2015

dehydration and / or bronchial aspiration. Studies show a prevalence of malnutrition of 8.2% to 49% after a stroke. Nutritional care in these patients becomes relevant interest to improve nutritional status and reduce complications.

Objective: to know the nutritional status, operation and characteristics of the feeding of elderly patients with oropharyngeal dysphagia admitted to a referral hospital.

Methodology: The study was descriptive observational transverse cut. In 82 patients nutritional status was determined by the Subjective Global Assessment questionnaire and through a feeding characterized.

Results: Mean age was 81.8 ± 9.3 years, with a slight predominance of females (53.7%). 79.2% had some degree of malnutrition. 97.6% had nutritional assistance mediated doctor and nutritionist. 22% of patients corresponds to that fed exclusively oral. The most frequent changes were SNG installation and change of consistency. The average daily contributions were; 1869 ± 548 $76.2 \pm 20,3g$ calories and proteins. 61% had an adequate intake of calories and 68% protein.

Conclusion: The prevalence of malnutrition in this population is high, despite the high nutritional assistance. The characteristics of the food are not entirely consistent with the recommendations.

Keywords: oropharyngeal dysphagia, elderly, consistency modified diets, malnutrition.

INTRODUCCIÓN

La disfagia se define como la dificultad o incapacidad para tragar alimentos líquidos o sólidos desde la cavidad oral hasta el estómago¹. La incidencia de disfagia en pacientes agudos ha llegado a 33%, y los estudios en instituciones han demostrado que entre 30-40% de los pacientes presentan trastornos de la deglución². La disfagia orofaríngea (DOF) es la más prevalente (20 - 40%) entre los dos tipos y tiene alta morbilidad, mortalidad y costos para las poblaciones especiales³. Generalmente, la disfagia aparece en todos los grupos de edad, pero su prevalencia aumenta con la edad². Un estudio realizado en España, publicado este año encontró una prevalencia de disfagia en adultos mayores de 27,2% IC95 (21,7-32,7).⁴

La disfagia puede provocar malnutrición al interferir con la ingesta, y también puede dar lugar a deshidratación, aspiración hacia la vía respiratoria o incluso la muerte¹. La capacidad de deglutir es una función fisiológica vital para la conservación de la vida, es por ello que los trastornos deglutorios tienen un impacto severo también sobre el bienestar físico y mental del individuo⁴.

Estudios publicados en los últimos años muestran una prevalencia de desnutrición que va desde 8,2% a 49% en pacientes con disfagia posterior a un accidente cerebrovascular^{5,6}. A nivel nacional, no se cuenta con datos publicados.

El tratamiento nutricional de estos pacientes dependerá del tipo de trastorno deglutorio y de la severidad del mismo, tratando en lo posible de mantener la vía oral.

Debido a la alta prevalencia de disfagia orofaríngea, sus repercusiones nutricionales y la falta de información a nivel nacional, se considera importante la realización de este estudio. El objetivo del mismo es conocer el estado nutricional de adultos mayores con disfagia orofaríngea y las características de su alimentación. Con los datos recabados se podrá sensibilizar a las instituciones sanitarias para implementar protocolos de detección precoz y tratamientos, que incluyan la intervención nutricional, con vista a aminorar las consecuencias negativas.

MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio observacional descriptivo de corte transversal, donde se incluyeron pacientes con diagnóstico de disfagia orofaríngea aguda o crónica definido por un médico clínico adultos mayores (≥ 65 años), de ambos sexos, internados en el Hospital Geriátrico Prof. Dr. Gerardo Bougerminni (Instituto de Previsión Social) en el año 2010.

Se determinó el estado nutricional utilizando como herramienta diagnóstica el formulario de la Valoración Global Subjetiva (VGS) según la clasificación: (A) Bien Nutrido, (B) Moderadamente Desnutrido o con Riesgo de Desnutrición y (C) Gravemente Desnutrido.

Para conocer el manejo nutricional de los pacientes, se investigó en la ficha alimentaria del Departamento de Nutrición la vía de consumo de alimentos (vía oral o vía alternativa - sonda de alimentación, ostomía), el responsable de la indicación (médico, nutricionista, enfermera u otro), realización de asistencia nutricional por un profesional (sí/no), tipo de modificaciones o indicaciones nutricionales (cambio de consistencia, suplementos nutricionales V.O, sonda de alimentación/ ostomías o tratamientos mixtos) y las indicaciones de medidas higiénico - dietéticas (utilización de cucharas chicas, higiene bucal, tiempo de demora entre bocados, evitar distracciones durante la comida; posturales y/o técnicas logopedas para facilitar la deglución).

La determinación del consumo calórico y de nutrientes se empleó un recordatorio de 24hs de un día. El formulario fue cargado según el consumo alimentario del día anterior, basándose en los datos aportados por el Departamento de Nutrición sobre el menú semanal. En el caso de pacientes con sonda u ostomía, la información del aporte de nutrientes se obtuvo de la historia clínica y/o del registro del lactario. Para los cálculos se utilizó la tabla de alimentos CENEXA⁷ y la información nutricional del etiquetado de las fórmulas enterales. La consistencia de los alimentos se los clasificó como líquida, néctar, miel o pudding.

Para la comparación entre la ingesta calórica y proteica encontrada en el estudio con las recomendaciones de ingesta diaria se utilizó los datos de la Sociedad Española de Nutrición y la National Academy Press, 2002^{9,10}. Se consideró adecuado un aporte entre el 90 - 110% de las recomendaciones para ese nutriente⁸.

Los datos recolectados fueron introducidos en la planilla electrónica del programa Microsoft Excel y posteriormente analizados por el paquete estadístico Epi-Info 2002. Los resultados fueron expresados como frecuencia en forma de porcentajes y las variables continuas con distribución normal, se utilizó la media y la desviación estándar o intervalos de confianza. Para medir las asociaciones

se utilizó la prueba de Chi2 o el test exacto de Fisher, con un nivel de significancia de 95% ($p < 0,05$).

RESULTADOS

La muestra final estuvo compuesta por 82 pacientes adultos mayores. El 53,7% ($n=44$) correspondió al sexo femenino. La edad promedio fue de 81 ± 9 años (65-102). El 64,5% ($n=53$) tenía una estancia hospitalaria igual o inferior a 1 semana en el momento del estudio. El 68,3% ($n=56$) de los pacientes presentaba disfagia aguda y las patología más frecuente fue el accidente cerebrovascular (ACV) 62,2 %.

Los datos recabados mostraron que el 79,3 % IC_{95} (68,9 – 87,4) presentó algún grado de desnutrición (VGSB+C) (Figura 1). No se encontró diferencia significativa entre la edad de los pacientes (>70 años) ($p=0,09$; test de Fisher), la cronicidad de la disfagia ($p=0,3$; test de Fisher), el sexo ($p=0,4$; test de Fisher) y la patología de base ($p = 0,2$; Chi2) con el estado nutricional de los pacientes.

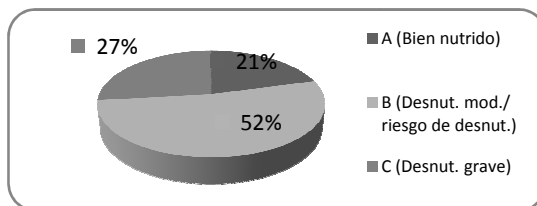


Figura 1. Estado nutricional de los pacientes con disfagia orofaríngea ($n=82$)

En cuanto a la alimentación, el 27% se alimentaban exclusivamente por vía oral y el resto de los pacientes dependían de alguna forma de alimentación artificial o una combinación de ambas. (Figura 2). El 97,6% de los pacientes encuestados se encontraba con asistencia nutricional en el momento del reclutamiento, las cuales fueron mediadas por un médico conjuntamente con el departamento de nutrición.

Al investigar cuál era la indicación más frecuente frente al síntoma de disfagia, se encontró que el 55% lo fue instalación de SNG y para el 18 % el cambio de consistencia. De los pacientes que se alimentaban vía oral, el 72,7% recibió alguna indicación o recomendación sobre la técnica o medida higiénico-dietética para alimentarse, sin embargo, la única recomendación encontrada fue de postura erguida a 90° durante la alimentación (Figura 2).

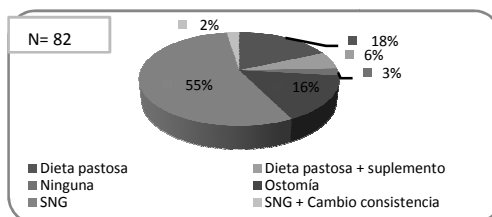


Figura 2. Tipos de asistencia nutricional

El aporte promedio energético y proteico diario que recibieron los pacientes alimentados tanto vía oral como vía artificial fueron respectivamente 1869±548 calorías y 76,2 ± 20 gramos (16,3% del Valor Calórico Total). Los demás aportes nutricionales promedios diarios se muestran en la Tabla 1.

Analizando los aportes calórico y proteico según la vía de alimentación de los

Tabla 1. Aportes promedios de calorías, macronutrientes, micronutrientes y líquido (n=82)

| Nutriente | Promedio ± 1DE | % VCT |
|-------------------------|----------------|-------|
| Calorías | 1869±548 | |
| Hidratos de carbono (g) | 249,5 ± 73 | 53,5 |
| Proteínas (g) | 76,2 ± 20,3 | 16,3 |
| Grasas (g) | 54,2 ± 18,5 | 26 |
| Sodio (mg) | 1290 ± 470,4 | |
| Potasio (mg) | 2829 ± 868 | |
| Calcio (mg) | 1021,6 ± 310,7 | |
| Hierro (mg) | 17,4 ± 5,6 | |
| Líquido (ml) | 1690 ± 406,5 | |

pacientes, se encontró que el mayor aporte calórico fue alcanzado en los pacientes que consumen por la vía oral, y el mayor aporte de proteínas alcanzados fueron los que tenían alimentación mixta (vía oral + SNG). En la Tabla 2 se presentan los aportes promedio según la vía de consumo.

Tabla 2. Aportes promedios de calorías y proteína según vía de consumo(n=82)

| Vía de consumo | Energía (calorías) | Proteínas (gramos) |
|----------------|--------------------|--------------------|
| Oral | 2016 ± 876 | 73,6 ± 31,3 |
| Oral + SNG | 1640 ± 290 | 79,3 ± 17,0 |
| Ostomía | 1773 ± 295 | 74,6 ± 9,0 |
| SNG | 1839 ± 380 | 78,2 ± 15,7 |

Al analizar la cantidad de pacientes que lograron alcanzar el aporte necesario de nutrientes, se pudo observar que hierro, potasio y calcio fueron los nutrientes con mayor porcentaje de adecuación. Por otro lado, para el aporte de líquido, solo el 8,3% llegó a cumplir con la ingesta recomendada cuando ingieren vía oral (Tabla 3).

Tabla 3. Porcentaje de pacientes con ingesta adecuada de nutrientes (n=82)

| Nutriente | % pacientes con ingesta adecuada | IC ₉₅ |
|---------------|----------------------------------|------------------|
| Calorías | 61 | 49,6-71,6 |
| Proteínas (g) | 68,3 | 57,1-78,1 |
| Sodio (mg) | 18,3 | 10,6-28,4 |
| Potasio (mg) | 81,7 | 81,7-95,7 |
| Calcio (mg) | 73,2 | 62,2-82,4 |
| Hierro (mg) | 89 | 80,2-94,9 |
| Líquido (ml) | 8,3 | 2,3-18,4 |

De los 25 pacientes que consumían sus alimentos vía oral exclusiva o mixta (V.O + SNG), el 64% presentó una adecuada ingesta calórica y el 60% una adecuada ingesta proteica frente a 59,6% y 72%, respectivamente de los

pacientes dependientes de una vía artificial exclusiva de alimentación. No se encontraron diferencias significativas en la adecuación de ingesta calórica y proteica, según la vía de consumo ($p > 0,05$; Test de Fisher). (Tabla 4 y 5)

Tabla 4. Asociación entre adecuación de ingesta calórica según vía de consumo

| Vía de consumo | Ingesta adecuada de calorías n (%) | Ingesta inadecuada de calorías n (%) | Significancia p (Test de Fisher) |
|-----------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|
| Oral y mixta (oral + SNG) | 16 (64) | 9 (36) | 0,4 |
| Artificial (SNG y ostomías) | 34 (59,6) | 23 (40,4) | |

Tabla 5. Asociación entre adecuación de ingesta proteica según vía de consumo

| Vía de consumo | Ingesta adecuada de proteínas n (%) | Ingesta inadecuada de proteínas n (%) | Significancia p (Test de Fisher) |
|-----------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|
| Oral y mixta (oral + SNG) | 15 (60) | 10 (40) | 0,2 |
| Artificial (SNG y ostomías) | 41 (71,9) | 16 (28,1) | |

DISCUSIÓN

Entre las enfermedades que pueden favorecer la presencia de disfagia, la más habitual como diagnóstico principal en la población aquí analizada es el ACV, datos similares a las de la literatura donde relacionan a estas enfermedades con la presencia de disfagia^{1,2}.

La frecuencia de desnutrición en este estudio es alta (79%). Esta cifra es superior a las encontradas en la literatura, lo que podría deberse a que en la población específica de adultos mayores no se hallan suficientes datos. Los estudios encontrados revelan prevalencias de desnutrición que va desde un 8,9% a un 65% en pacientes solo con ACV, pero sin discriminación de grupo etario. Son bien conocidos los riesgos nutricionales que padecen los adultos mayores, y estos riesgos se potencian con la presencia de disfagias, lo que explicaría las altas cifras encontradas en este análisis¹¹.

No se ha encontrado diferencia significativa entre el estado nutricional de los pacientes y la edad, sexo ni cronicidad de la enfermedad. Estudios demuestran que a medida que la disfagia se cronifica, como sería en el caso de los pacientes con enfermedad de Alzheimer, en que la desnutrición aumenta. Sin embargo, hay todavía una subvaloración del problema, y muchas veces, las disfagias de larga data no son diagnosticadas¹².

En cuanto a la asistencia nutricional se vio que existe una alta cobertura. Llamó la atención la alta frecuencia de instalación de sondas nasogástrica para la alimentación artificial de los pacientes. Comparando estos resultados con los de una publicación donde estudiaron la utilidad de la implementación de un

protocolo de diagnóstico y tratamiento de pacientes con disfagia, se revela que solo el 30,9% de los pacientes requirieron sondas de alimentación al ingreso y estas cifras se redujeron a 18,2% en el momento del alta hospitalaria. Además, la literatura hace hincapié en preferir la vía oral siempre que se pueda utilizar, haciendo las modificaciones necesarias en las viscosidades de los alimentos y en las técnicas logopédicas¹³.

De las recomendaciones y técnicas de deglución, solamente se proveía información a los pacientes y/o familiares sobre la correcta posición para la alimentación. Esto podría deberse a la ausencia de un protocolo de tratamiento en pacientes con disfagia, el cual además potenciaría la utilización de la vía oral para la alimentación de estos pacientes.

En cuanto al aporte energético promedio de los pacientes, se encontró un consumo de 1869 ± 548 calorías diarias. Esta cifra es menor que las recomendaciones de la National Academy Press 2002, donde recomienda un consumo energético diario de 2054 a 2204 calorías en hombres y de 1873 a 1978 calorías en mujeres de este grupo de edad¹⁰. Cuando se analizó la adecuación, solo un poco más de la mitad (61%) llegó a cumplir con más del 90% de adecuación energética. Esto se podría deber a que en el momento de la recogida de datos de los pacientes con nutrición enteral, algunos estaban en periodo de progresión de la alimentación o con bajos aportes por intolerancia a la misma, lo que no reflejaría su aporte real.

En cuanto al consumo proteico diario, este estudio encontró en promedio un aporte de $76,2 \pm 20,3$ g. Con ello, solo el 68% obtuvo el porcentaje de adecuación recomendado. Cuando se analizó la adecuación de ingesta según la vía de consumo, se encontró que los mayores aportes se lograron utilizando la vía oral. Esto podría deberse a que los pacientes que consumían por vía oral presentaban una disfagia leve, variable no estudiada en el trabajo debido a ausencia de especificación de la gravedad en la ficha clínica.

Existen muy pocos trabajos donde estudia la ingesta de nutrientes en pacientes con disfagia. Wright et al han estudiado la diferencia en las ingestas calórica y proteica en pacientes hospitalizados con consumo de una dieta con textura modificada vs la ingesta de los pacientes con un consumo de dieta estándar. Encontraron que los pacientes con dietas de textura modificada consumían 926 calorías y 40g de proteínas al día vs 1460 calorías y 60g de proteínas al día con dietas estándares. Además, los déficits de consumo, tanto en calorías y proteínas, comparados con los estándares recomendados fueron mayores también en el grupo con dieta de consistencia modificada, siendo estas diferencias estadísticamente significativas¹⁴.

En el momento de analizar los datos del estudio se debería considerar que estos pacientes son pacientes hospitalizados, con múltiples patologías y el mayor porcentaje de ellos encamados, por lo que sus requerimientos energéticos se deberían individualizar. Hasta el momento no disponemos de recomendaciones nutricionales específicas para adultos mayores hospitalizados y que padezcan esta patología. Además, el aporte de nutrientes en estos pacientes pudo haber estado condicionado por la tolerancia a la alimentación artificial, o se pudieron haber tomado datos de una progresión que no necesariamente revelan los aportes diarios reales.

CONCLUSIÓN

El presente estudio muestra una alta frecuencia de desnutrición. En cuanto a las características de su alimentación, el mayor porcentaje se alimenta en forma

mixta (V.O + sondas) y la dieta vía oral no presenta adecuaciones de las viscosidades según su grado de trastorno deglutorio. La única indicación que reciben es la sedestación durante la alimentación. La asistencia nutricional en el centro hospitalario es alta aunque es necesaria la inclusión de un protocolo de tratamiento con el cual podría disminuir la desnutrición y favorecer el consumo de alimentos vía oral.

El calcio, el hierro y el potasio son los nutrientes con mayor porcentaje de adecuación, seguidos por las proteínas y el aporte energético. Comparando la adecuación con la vía de consumo, se vio que más de la mitad tenía un aporte adecuado de calorías, independientemente de la vía, sin embargo, el mayor porcentaje de pacientes tenía mejor adecuación de proteínas cuando se alimentaban por alguna vía de alimentación artificial exclusiva, aunque no se encontraron diferencias significativas. Si bien el consumo de energía y proteínas estuvo cercano a las recomendaciones actuales para este grupo etario, es necesaria la realización de otro estudio para efectuar los análisis con mayor profundidad, midiendo un promedio de consumo durante la estancia hospitalaria.

BIBLIOGRAFÍA

- Martínez, M., Bellido, D. (2003). Nutrición y disfagia. *Fisioterapia*;25(5):306-10.
- Malagelada, J., Bazzoli, F., Elewaut, A., Fried, M., Krabshuis, J., Lindberg, G. et al. (2004). Para el manejo de la disfagia (texto español). *WorldGastroenterologyOrganisationPracticeGuidelines*: January 2004.
- Crivelli, A.(2007).Disfagiaorofaríngea.*RNC*; 16(2) 47-56.
- Serra-Prat M. (2011).Prevalence of oropharyngeal dysphagia and impaired safety and efficacy of swallow in independently livingolder persons. *JAGS*; 59(1).
- Foley, N., Martin, E., Salter, K., yTeasell, R. (2009). A review of the relationship between dysphagia and malnutrition following stroke. *J Rehabil Med*; 41: 707–13.
- Chai, J., Chu, F., Chow, T., y Shum, N.(2008).Prevalence of malnutrition and its risk factors in stroke patients residing in an infirmary.*SingaporeMed J*; 49(4): 290.
- Mazzei, M., Puchulu, M., Rochaix, M.A. (1995).Tabla de Composición Química de Alimentos del Centro de Endocrinología Experimental y Aplicada (CENEXA). Argentina: CENEXA y FEIDEN.
- Olivares, S., Andrade, M., y Zacarías, I. (1994). Necesidades nutricionales y calidad de la dieta. Santiago de Chile: Instituto de Nutrición y tecnología de los alimentos.
- Arbonés, G., Carbajal, A., Gonzalvo, B., GonzálezGoss, M., et al.(2003). Nutrición y recomendaciones dietéticas para personas mayores. Grupo de trabajo "Salud Pública" de la Sociedad Española de Nutrición (SEN). *NutrHosp* 17(3) 109-37.
- Institute of Medicine.(2002). Dietary Reference Intake for energy, carbohydrate, fiber, fat, protein and aminoacids. Washington DC: National Academy press.
- Ney, D., Weiss, J., Kind, A., y Robbins, J. (2009). Senescent Swallowing: Impact, Strategies and Interventions. *NutrClinPract*. 24(3): 395–13.
- Jiménez, C., Corregidor, A., y Gutiérrez, C. (2006).Tratado de geriatría para residentes. En: *Disfagia*. Editorial: International Marketing &Communication, S.A; p 545.
- Wright, L., Cotter, D., Hickson, M., y Frost, G. (2005).Comparison of energy and protein intakes of older people consuming a texture modified diet with a normal hospital diet. *J HumNutrDiet*. 18(3):213-9.
- Malagelada,J.R., Bazzoli, F., yElewaut, A. (2004). Recomendaciones de la WGO (WorldGastroenterologyOrganisation) para el manejo de la disfagia. Final Versión. (www.omge.org)