

Número 20, revisado 2007

Editor de la serie: Marie Boltz, MSN, APRN, BC, GNP
Editor ejecutivo: Sherry A. Greenberg, MSN, APRN, BC, GNP
Coordinadora de la edición en español: Alexis Melendez
New York University College of Nursing

Cómo prevenir la aspiración en los adultos mayores con disfagia

Por: Norma A. Metheny, RN, PhD, FAAN, Saint Louis University School of Nursing

POR QUÉ: La aspiración (cuando las secreciones orofaríngeas o contenidos gástricos ingresan por error en la laringe y las vías respiratorias inferiores) es común en los adultos mayores con disfagia y puede causar neumonía por aspiración. En realidad, se ha sugerido que la disfagia tiene un riesgo siete veces mayor de causa de neumonía por aspiración y es un pronosticador independiente de mortalidad (Singh & Hamdy, 2006).

POBLACIÓN DE DESTINO: La disfagia es común en personas con enfermedades neurológicas como accidentes cerebrales, Parkinson y demencia. El adulto mayor con alguna de estas afecciones tiene incluso mayor riesgo de aspiración porque la disfagia se superpone con el índice de deglución lenta asociada con el envejecimiento normal. Las afecciones que suprimen el reflejo de la tos (como la sedación) aumentan aun más el riesgo de aspiración.

PRÁCTICAS DE EXCELENCIA: EVALUACIÓN Y EVALUACIÓN DE PREVENCIÓN

Aspiración:

Aunque la aspiración durante la deglución se detecta mejor con procedimientos como la videofluoroscopia o la fibroendoscopia, las observaciones clínicas también son importantes. Entre los síntomas que deben buscarse están:

- Presencia repentina de síntomas respiratorios (como tos aguda y cianosis) asociados con las acciones de comer, beber o la regurgitación de contenidos gástricos.
- Cambio en la voz (como ronquera o gorjeo) después de tragar.
- Las aspiraciones de pequeños volúmenes que no producen síntomas manifiestos son comunes y no suelen descubrirse hasta que la afección avanza hasta causar neumonía por aspiración.

Neumonía por aspiración:

- Las personas mayores con neumonía suelen quejarse de muchos menos síntomas que las personas más jóvenes; es por este motivo que la neumonía por aspiración está subdiagnosticada en este grupo (Marrie, 2000).
- La única manifestación de la neumonía en las personas mayores puede ser la demencia (Marrie, 2000).
- Un ritmo respiratorio alto suele ser un síntoma temprano de neumonía en las personas mayores; otros síntomas que deben observarse son fiebre, escalofríos, dolor pleurítico de pecho y crujidos (Marrie, 2000).
- La búsqueda de síntomas de la neumonía por aspiración debe ser continua en personas con riesgo alto.

PREVENCIÓN DE LA ASPIRACIÓN DURANTE LA ALIMENTACIÓN EN BOCA:

Existe poca información de investigación respecto de las estrategias específicas para evitar la aspiración durante la alimentación de personas con disfagia (Loeg, et al, 2003). Sin embargo, las siguientes acciones pueden ayudar:

- Deje que la persona descanse durante 30 minutos antes de la hora de alimentarla; si está descansada, es probable que la persona tenga menos dificultad para tragar.
- Haga que la persona se siente erguida en una silla; si está confinada a la cama, eleve el respaldo a un ángulo de 90 grados.
- Si le inclina la cabeza ligeramente con el mentón hacia abajo, ayudará a reducir la aspiración en algunos tipos de disfagia (Shanahan, et al, 1993). Pueden ser necesarios algunos estudios de deglución para determinar qué personas se beneficiarían más con esta posición para comer.
- Gradúe el ritmo de la alimentación y el tamaño de los bocados según la tolerancia de la persona; evite la alimentación apresurada o forzada.
- Alterne bolos sólidos y líquidos.
- Introduzca el alimento en la boca de la persona según el tipo de déficit. Por ejemplo, puede introducir el alimento en el costado derecho de la boca si existe debilidad facial en el lado izquierdo.
- Determine la viscosidad del alimento que mejor tolera la persona. Por ejemplo, algunas personas degluten los líquidos espesos con más facilidad que los líquidos más diluidos. Según un estudio reciente, la mayor viscosidad de los alimentos mejoró notablemente la capacidad de deglución en pacientes neurológicos (Clave, et al, 2006). Esto significa que la aspiración se redujo significativamente cuando los pacientes deglutieron zumo o budín (en comparación con la deglución de líquidos).
- Minimice el uso de sedativos y sedantes hipnóticos ya que estos agentes pueden afectar el reflejo de la tos y la deglución.
- Evalúe la efectividad de técnicas como dar señales, redireccionar, segmentar tareas y realizar modificaciones del entorno (para minimizar las distracciones) como alternativas de la alimentación en boca. (Consultar Try This: Assessing Eating and Feeding Issues in Older Adults with Dementia).

PREVENCIÓN DE LA ASPIRACIÓN DURANTE LA ALIMENTACIÓN POR Sonda:

Es probable que las personas que aspiran alimentos durante la alimentación oral también lo hagan con la alimentación por sonda, ya sean sondas nasogástricas o de gastrostomía (Siddique, et al, 2000). Por lo tanto, la tendencia creciente es evitar el uso de la alimentación por sonda sólo con el fin de evitar la aspiración. No obstante, existen situaciones en que la alimentación por sonda es necesaria, especialmente durante períodos de enfermedad aguda. Cuando la alimentación por sonda es necesaria, las siguientes actividades pueden ayudar a reducir la aspiración:

- Mantenga el respaldo de la cama elevado al menos a 30° durante las alimentaciones continuas.
- Cuando la persona alimentada por sonda puede comunicarse, pregúntele si tiene alguno de los siguientes síntomas de intolerancia gastrointestinal: náuseas, sensación de lleno, dolor abdominal o calambres. Estos síntomas son señales de vaciado gástrico lento que puede, a su vez, aumentar la probabilidad de regurgitación y aspiración de contenidos gástricos.
- Mida los volúmenes residuales gástricos cada 4 a 6 horas durante las alimentaciones continuas inmediatamente antes de cada alimentación intermitente. Esta evaluación es de especial importancia cuando la persona alimentada por sonda es incapaz de comunicar los síntomas de intolerancia gastrointestinal. Aunque no hay información de investigación convincente respecto de qué se considera volumen residual gástrico excesivo, una cantidad elevada persistente (por ejemplo, mayor de 200 ml) debería causar preocupación (McClave, et al, 2002).
- Puede indicarse un agente procinético (como la metoclopramida o la eritromicina) para aliviar el vaciado gástrico lento (McClave, et al, 2002).
- Puede indicarse la colocación pospilórica de la sonda de alimentación (yeyunostomía) si el vaciado gástrico lento se torna un problema (McClave, et al, 2002). Existe controversia sobre la eficacia de esta opción.
- La alimentación por bomba puede estar asociada con menos casos de aspiración que la alimentación por gravedad controlada en pacientes postrados con sondas de gastrostomía (Shang, et al, 2004).

PREVENCIÓN DE LA NEUMONÍA POR ASPIRACIÓN MEDIANTE CUIDADOS ORALES:

La falta de dientes o dentaduras postizas mal colocadas predisponen a la aspiración al interferir con la masticación y la deglución. Los dientes infectados y la higiene oral deficiente predisponen a la neumonía después de la aspiración de secreciones orales contaminadas (Quagliariello, et al, 2005; Terpenning, 2005). Los resultados de un estudio reciente sugieren que la alimentación por sonda en personas mayores está asociada con una colonización patogénica significativa de la boca, aun más que la observada en las personas que recibieron alimentación por boca (Leibovitz, et al, 2003). La evidencia indica que los cuidados dentales semanales y la limpieza de los dientes de la persona mayor con un cepillo dental después de cada comida reduce el riesgo de la neumonía por aspiración (Yoneyama, et al, 2002).

MÁS INFORMACIÓN SOBRE ESTE TEMA:

Información sobre prácticas de excelencia en el cuidado de adultos mayores: www.GeroNurseOnline.org.

- Clave, P., De Kraa, M., Areola, V., Girvent, M., Farre, R., Palomera, E., Serra-Prat, M. (2006). The effect of bolus viscosity on swallowing function in neurogenic dysphagia. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 24(9), 1385-94.
- Leibovitz, A., Plotnikov, G., Habet, B., Rosenberg, M., & Segal, R. (2003). Pathogenic colonization of oral flora in frail elderly patients fed by nasogastric tube or percutaneous enterogastric tube. *Journal of Gerontology Series A-Biological Sciences & Medical Sciences*, 58(1), 52-58.
- Loeb, M.B., Becker, M., Eady, A., & Walker-Dilks, C. (2003). Interventions to prevent aspiration pneumonia in older adults: A systematic review. *JAGS*, 51(7), 1018-1022.
- Marrie, T.J. (2000). Community-acquired pneumonia in the elderly. *Clinical Infectious Disease*, 31(40), 1066-1078.
- Marrie, T.J. (2002). Pneumonia in the long-term care facility. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 23(3), 159-164.
- McClave, S.A., DeMeo, M.T., DeLegge, M.H., DiSario, J.A., Heyland, D.K., Maloney, J.P., Metheny, N.A., Moore, F.A., Scolapio, J.S., Spain, D.A., & Zaloga, G.P. (2002). North American Summit on Aspiration in the Critically Ill Patient: Consensus statement. *Journal of Parenteral & Enteral Nutrition*, 26(Suppl. 6), S80-85.
- Quagliariello, V., Ginter, S., Lan, L., Van Ness, P., Allore, H., Tinetti, M. (2005). Modifiable risk factors for nursing home-acquired pneumonia. *Clinical Infectious Diseases*, 40(1), 1-6.
- Shanahan, T.S., Logemann, J.A., Rademaker, A.W., Pauloski, B.R., & Kahrilas, P.J. (1993). Chin-down posture effect on aspiration in dysphagic patients. *Archives of Physical Rehabilitation*, 74, 736-739.
- Shang, E., Geiger, N., Sturm, J.W., & Post, S. (2004). Pump-assisted enteral nutrition can prevent aspiration in bedridden percutaneous endoscopic gastrostomy patients. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 28(3), 180-183.
- Siddique, R., Neslusan, C.A., Crown, W.H., Crystal-Peters, J., Sloan, S., & Farup, C. (2000). A national inpatient cost estimate of percutaneous endoscopic gastrostomy associated aspiration pneumonia. *American Journal of Managed Care*, 6(4), 490-496.
- Singh, S., & Hamdy, S. (2006). Dysphagia in stroke patients. *Postgraduate Medical Journal*. 82(968), 383-391.
- Terpenning M. (2005). Geriatric oral health and pneumonia risk. *Clinical Infectious Diseases*, 40(12), 1807-1810.
- Yoneyama, T., Yoshida, M., Ohru, T., Mukaiyama, H., Okamoto, H., Hoshiba, K., Ihara, S., Yanagisawa, S., Ariumi, S., Morita, T., Mizuno, Y., Ohsawa, T., Akagawa, Y., Hashimoto, K., & Sasaki, H. (2002). Oral care reduces pneumonia in older patients in nursing homes. *JAGS*, 50(3), 430-433.