

Paciente anciano frágil diabético con neumonías aspirativas de repetición

Dra. María del Rosario García Martín

Geriatra. Hospital Universitario Severo Ochoa. Leganés (Madrid)

Caso
clínico

7



Índice

01 Presentación

02 Historia clínica

03 Anamnesis

04 Exploración física
y pruebas complementarias

05 Diagnóstico y tratamiento

06 Seguimiento y evolución

07 Conclusiones

08 Bibliografía



01 Presentación

Perfil del paciente

- ▶ Existe una relación claramente establecida entre la diabetes mellitus, la disfagia y la fragilidad.
- ▶ La detección precoz permitirá implementar las medidas que consigan que estos procesos no progresen a discapacidad.
- ▶ La mejor herramienta inicial es una valoración geriátrica integral (VGI), apoyada en pruebas diagnósticas ajustadas al paciente.
- ▶ Cualquier medida que se implemente tiene que adecuarse a la situación funcional, mental, social, clínica y nutricional de cada paciente.





02 Historia clínica



Motivo de consulta

- ▶ Paciente de 87 años que acude al hospital por sensación distérmica, disnea y tos con secreciones, que no moviliza desde 8 horas previas, con empeoramiento progresivo, por lo que su médico de primaria decide la derivación.
- ▶ Su hija, principal cuidadora, refiere que el cuadro comenzó después del desayuno.
- ▶ Desde hace unos días se moviliza menos y pasa parte del día en la cama por aumento de dolor lumbar.
- ▶ Ha disminuido su ingesta oral (alimentos y líquidos).



Paciente anciano frágil diabético con neumonías aspirativas de repetición

Antecedentes personales

- ▶ Hipertensión arterial de 20 años de evolución.
- ▶ Diabetes mellitus tipo 2 de 10 años de evolución.
- ▶ Ictus de arteria cerebral media izquierda hace 2 años con hemiparesia derecha, de la que el paciente se ha recuperado por completo.
- ▶ Deterioro cognitivo leve en seguimiento.
- ▶ Síndrome depresivo desde la muerte de su esposa.
- ▶ Estenosis del canal lumbar L3-L4 y L4-L5.
- ▶ Tres ingresos en el último año por neumonía.



Tratamientos previos

- ▶ Ácido acetilsalicílico 100 mg, 1 comprimido en la comida.
- ▶ Valsartán 160 mg, 1 comprimido en el desayuno.
- ▶ Metformina 850 mg, 1 comprimido en el desayuno, la comida y la cena.
- ▶ Oxidodona/naloxona 40 mg/20 mg, 1 comprimido en el desayuno y 1 en la cena desde hace una semana (previamente 20 mg/10 mg cada 12 horas).
- ▶ Duloxetina 30 mg, 1 comprimido en el desayuno.





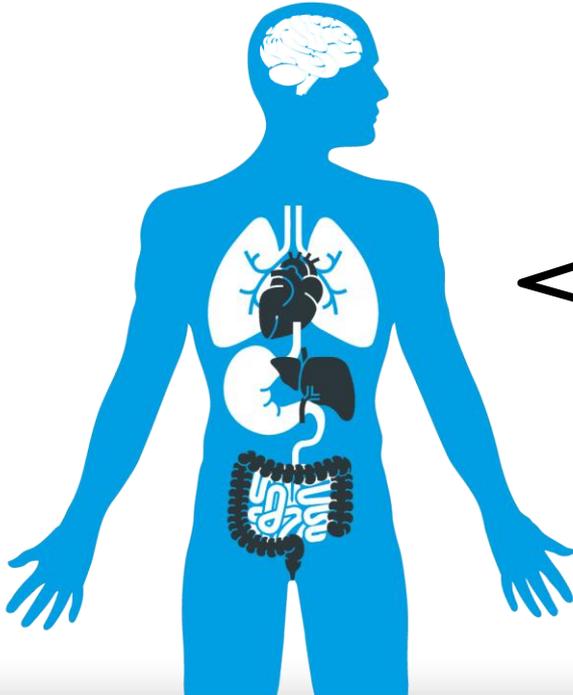
03 Anamnesis

- ▶ Basalmente el paciente es independiente para comer, asearse y vestirse, y precisa ayuda para bañarse. Se moviliza por su domicilio con una muleta y es continente.
- ▶ Tiene alteraciones de memoria reciente desde hace 2 años, que, por el momento, no afectan a sus actividades básicas de la vida diaria (ABVD), y después de fallecer su esposa hace unos meses sufre un síndrome depresivo, que ha mejorado con duloxetina.
- ▶ Vive solo, con asistencia de uno de sus hijos, en un segundo piso sin ascensor.
- ▶ Tiene disnea de grandes esfuerzos y a menudo acumula secreciones respiratorias.
- ▶ Presenta dolor lumbar secundario a estenosis del canal lumbar, en tratamiento con oxiconona/naloxona. Hace una semana ha precisado aumentar la dosis.
- ▶ Desde hace unos meses come menos; ha perdido 10 kg en el último año. Han observado que tose con algunos alimentos (como sopas, naranja y pan tostado), por lo que evita tomarlos.
- ▶ Cada vez camina menos y más lentamente, y ya no visita a su hija que vive cerca desde hace unas semanas. Refiere que es porque se siente cansado y sin fuerzas.





04 Exploración física y pruebas complementarias

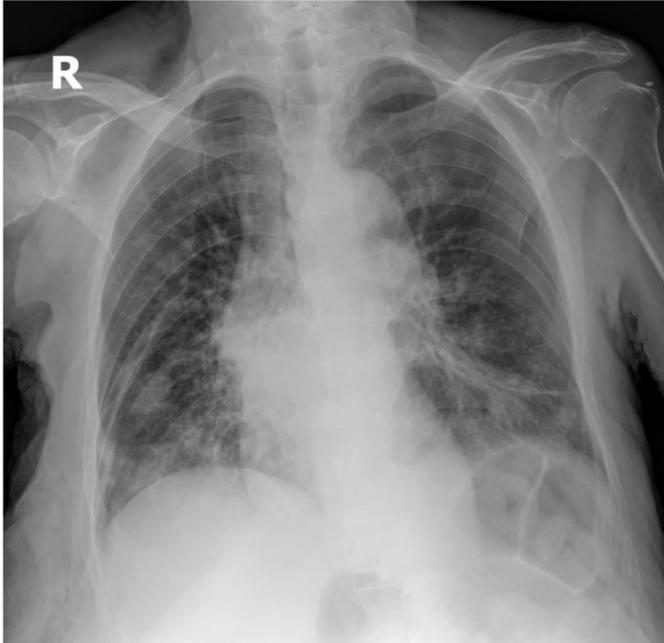


Exploración física

- ▶ TA: 130/85. 38,3 °C. 99 lpm. Saturación con oxígeno al 93%. 56 kg. Talla 160 cm.
- ▶ Alerta, orientado parcialmente en persona, espacio y tiempo. Eupneico en reposo con oxígeno.
- ▶ Auscultación cardiaca: rítmica. Sin soplos.
- ▶ Auscultación pulmonar: *roncus* bilaterales.
- ▶ Abdomen: blando, depresible, no doloroso. Ruidos hidroaéreos positivos.
- ▶ Extremidades: edemas maleolares bilaterales.



Paciente anciano frágil diabético con neumonías aspirativas de repetición



- ▶ **Bioquímica general:** creatinina, 1,01 mg/dL; proteínas totales, 5,1 g/dL; albúmina, 2,8 g/dL; colesterol, 102 mg/dL. Hemoglobina (Hb) glicosilada, 6,1%. El resto normal.
- ▶ **Hemograma:** Hb, 13 g/dL; leucocitos, 8.940.000/L; linfocitos, 715.000/L. El resto normal.
- ▶ **Radiografía (Rx) de tórax:** aumento de densidad en ambas bases pulmonares. Posible relación con neumonía por aspiración.
- ▶ **Mini Nutritional Assessment (MNA):** 15. Cribado 6 – Evaluación 9.
- ▶ **Eating Assessment Tool-10 (EAT-10):** 23.
- ▶ **Velocidad de la marcha:** 0,6 m/s.



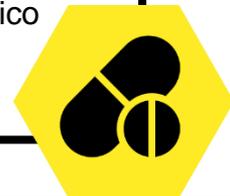


05 Diagnóstico y tratamiento

- ▶ **Neumonía de origen aspirativo.** Cuadro febril que comenzó a raíz del desayuno con aumento de secreciones e infiltrados pulmonares.
- ▶ **Disfagia.** Nos debe alertar que el paciente tosa con determinados alimentos y que ha tenido tres neumonías previas. El EAT-10 lo confirma e indica continuar el estudio.
- ▶ **Desnutrición calórico-proteica.** La pérdida de peso y los datos analíticos (colesterol, albúmina, linfocitos) establecen la sospecha que confirmamos con MNA (cribado y estado nutricional).



- ▶ **Fragilidad clínica.** El paciente se moviliza menos progresivamente, se siente asténico y ha perdido peso, datos que orientan a fragilidad. La velocidad de la marcha permitirá aportar un dato objetivo más. Confirmamos aplicando índice FRAIL donde cumple >3 ítems.
- ▶ **Diabetes mellitus.** Factor de riesgo de fragilidad. Se observa Hb glicosilada del 6,1%, que indica un excesivo control glucémico para el perfil del paciente.
- ▶ **Deterioro funcional multifactorial.** Dolor lumbar y aumento de tratamiento analgésico opioide con somnolencia secundaria en paciente diabético frágil.





Paciente anciano frágil diabético con neumonías aspirativas de repetición

Tratamiento

- ▶ **Neumonía.** Amoxicilina-ácido clavulánico 1 g/8 h intravenoso y oxígeno a 2 lpm.
- ▶ **Disfagia.** Test volumen-viscosidad para determinar la textura adecuada. Tolera 5 mL de textura néctar. Se enseña a su cuidador cuál es la postura correcta en el momento de la ingesta tanto del paciente como de él mismo y se indican los alimentos a evitar y posibles alternativas.
- ▶ **Diabetes.** Se retira por el momento metformina ya que la Hb glicosilada indica un control excesivo de la glucemia en este paciente frágil (lo adecuado sería una Hb glicosilada del 7,5%).
- ▶ **Desnutrición calórico-proteica.** Se enriquece la dieta y se suplementa con Resource® Diabet Dense, que asegura el aporte adecuado de nutrientes (sobre todo proteínas) con textura miel.
- ▶ **Fragilidad.** Precisa completar el adecuado aporte nutricional con ejercicio multicomponente adecuado a la situación del paciente. El Programa VIVIFRAIL nos permite individualizarlo.
- ▶ **Deterioro funcional.** Se ajusta analgesia con aumento más lento de la dosis de oxicodona para conseguir el adecuado control del dolor, evitando somnolencia, inmovilidad y empeoramiento de la disfagia, y lograr que el paciente se movilice.





06 Seguimiento y evolución

- ▶ Se cita seguimiento en consulta de Geriátrica a los 3 y 6 meses. Se realiza una analítica completa previa que incluye Hb glicosilada. En cada consulta se explora al paciente y se repite la VGI, EAT-10, MNA, velocidad de la marcha e índice FRAIL.
- ▶ A los 3 meses es independiente para ABVD. Ha mejorado el dolor. Se moviliza por su domicilio, y sale a la calle aunque aún no hace recados ni va a casa de su hija. No tiene disnea y se siente menos cansado. Ha ganado 3 kg, ya no se atraganta con la alimentación adaptada. Hace su programa de ejercicios. El MNA es de 22, el EAT-10 de 6, el índice FRAIL de 2. Hb glicosilada del 6,8%.
- ▶ Estos resultados indican que el paciente continúa siendo prefrágil y está en riesgo de desnutrición. Insistimos, por tanto, en la necesidad de continuar con la suplementación proteica con Resource® Diabet Dense y en mantener el ejercicio multicomponente. No reintroducimos antidiabéticos.
- ▶ A los 6 meses el paciente es independiente para las actividades básicas de la vida diaria (IABVD), sale a la calle a hacer recados y ha vuelto a visitar a su hija. No se siente cansado y se ha adaptado bien a la nueva alimentación. Su MNA es ahora de 24, el EAT-10 de 2 y el índice FRAIL es de 0. Su Hb glicosilada es del 7,5%.





07 Conclusiones

- ▶ El diagnóstico de sospecha de patologías como la fragilidad o la disfagia es necesario para realizar las pruebas complementarias que permitan identificar el problema.
- ▶ La disfagia provoca tanto infecciones respiratorias de repetición, en su caso más grave neumonía, como deshidratación y desnutrición calórico-proteica.
- ▶ El paciente pierde peso, siente fatiga y enlentece su marcha, lo que favorece la aparición de fragilidad. Esto es especialmente importante en pacientes diabéticos donde está demostrada la asociación con estos dos factores, sobre todo por la afectación micro y macrovascular.
- ▶ Efectuar una detección precoz, adecuar la ingesta asegurando los nutrientes adecuados con la textura ajustada para el paciente, incluyendo suplementos nutricionales si fuera preciso, e implementar un programa de ejercicio multicomponente son las medidas prioritarias.
- ▶ Todo ello debe hacerse desde la valoración geriátrica integral que permita ajustar cualquier medida al paciente concreto y a su entorno.



08 Bibliografía

- Amblàs-Novellas J, Joan Carles Martori JC, Molist Brunet N, Oller R, Gómez-Batiste X, Espauella Panicot J. Índice frágil- VGI Amblas-Novellas J, et al. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2017; 52(3): 119-127.
- Assar ME, Laosa O, Rodríguez Mañas L. Diabetes and frailty. Curr Opin Clin Nutr Metab Care. 2019; 22: 52-57.
- Clavé P, Verdaguer A, Arreola V. Disfagia orofaríngea en el anciano. Med Clin. 2005; 124: 742-748.
- Dent E, Martin FC, Bergman H, Woo J, Romero-Ortuno R, Walston JD. Management of frailty: opportunities, challenges and future directions. Lancet. 2019; 394: 1.376-1.386.
- Envejecimiento y nutrición: intervención nutricional en el paciente con disfagia. SEGG 2014.
- Fragilidad en el anciano. En: Abizanda Soler P, Rodríguez Mañana R. Tratado de medicina geriátrica. 2.ª ed. 2020.
- Gómez-Huelgas R, Gómez Peralta F, Rodríguez Mañas L, Formiga F, Puig Domingo M, Mediavilla Bravo JJ, et al. Tratamiento del paciente anciano diabético. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2018; 53(2): 119: 89-99.
- Mandell LA, Niederman MS. Aspiration pneumonia. N Engl J Med. 2019; 380: 651-663.
- SEGG. Manejo del paciente frágil con DM2. Documentos SEGG. 2020.
- Unidad de Disfagia Orofaríngea del Hospital universitario Príncipe de Asturias de Alcalá de Henares. Disfagia orofaríngea: soluciones multidisciplinarias. 2018.
- Yanase T, Yanagita I, Muta K, Nawata H. Frailty in elderly diabets patients. Endocr J. 2017; 65(1): 1-11.

