

Paciente anciano pluripatológico con disfagia y sarcopenia

Dra. Concha Losada Morell

Médico responsable de la UNCyD.
Hospital Infanta Margarita de Cabra.
Córdoba

Caso
clínico

6



Paciente anciano pluripatológico con disfagia y sarcopenia

Índice

01 Presentación

02 Historia clínica

03 Anamnesis

04 Exploración física
y pruebas complementarias

05 Diagnóstico y tratamiento

06 Seguimiento y evolución

07 Conclusiones

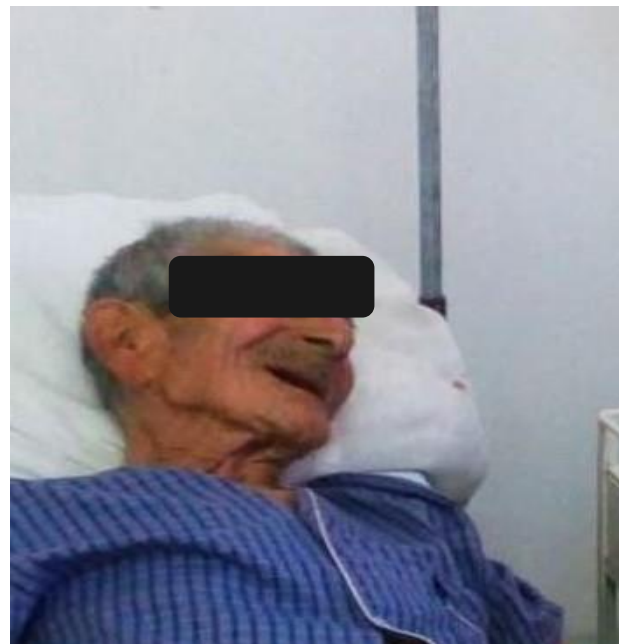
08 Bibliografía



01 Presentación

Perfil del paciente

- ▶ Antonio tiene 88 años. Es un paciente pluripatológico y polimedicado, con una vida limitada a cama-sillón desde hace 1 año aproximadamente.





02 Historia clínica



El paciente presentaba una úlcera por presión grado II en la zona sacra.

- ▶ El paciente es derivado desde Atención Primaria por la enfermera gestora de casos comunitaria (EGCC) debido a un deterioro de su estado general en los últimos meses: disminución de la ingesta, pérdida de peso, sospecha de disfagia y úlcera por presión (UPP) en el sacro.





Paciente anciano pluripatológico con disfagia y sarcopenia

Antecedentes personales y familiares

- ▶ Sin antecedentes familiares de interés conocidos.
- ▶ Sin alergias conocidas.
- ▶ No bebedor.
- ▶ No fumador desde hace más de 20 años.
- ▶ Demencia tipo Alzheimer.
- ▶ Diabetes mellitus tipo 2 (DM2).
- ▶ Hipertensión arterial (HTA).
- ▶ Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).
- ▶ Fibrilación auricular (FA).
- ▶ Hernia de hiato.

Tratamiento

- ▶ Enalapril 20 mg (1 comp./24 h).
- ▶ Digoxina 0,25 mg (1 comp./24 h).
- ▶ Esomeprazol 20 mg (1 comp./24 h).
- ▶ Rivaroxabán 20 mg (1 comp./24 h).
- ▶ Metformina 850 mg (1-1-1).
- ▶ Paracetamol 1 g (1 comp./24 h).
- ▶ Lorazepam 1 mg (1 comp./24 h).
- ▶ Carvedilol 25 mg (1 comp./24 h).
- ▶ Spiriva® Respimat® 2,5 µg (2 puls./24 h, vía inhalatoria).
- ▶ Atrovent® 20 µg (2 inh./8 h).
- ▶ Trazodona 100 mg (1 comp./24 h).
- ▶ Absorbente Inc orina día (2 u/24 h).
- ▶ Absorbente Inc orina noche (1 u/24 h).





03 Anamnesis

Valoración global

- ▶ Social: es viudo y vive en casa de una hija casada.
- ▶ Funcional: es dependiente para todas las actividades de la vida diaria.
- ▶ Situación cognitivo-conductual: presenta deterioro cognitivo. Lleva más de 1 año deambulando de la cama al sillón. Lo levantan un par de horas al día.
- ▶ No camina desde hace más de 3 meses y apenas se tiene en pie.
- ▶ Situación actual: presenta astenia y anorexia. Sigue una dieta triturada y tose con la comida, principalmente con los alimentos líquidos, con una ingesta inferior al 75% de lo ofrecido al día en los últimos meses.

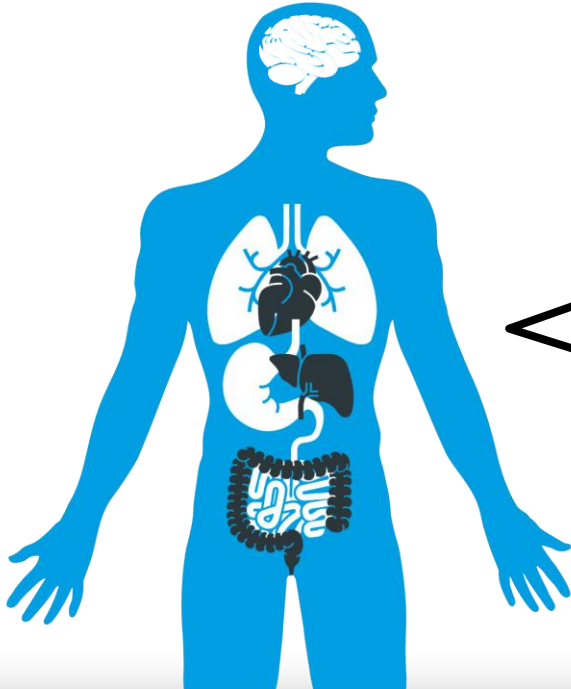
Valoración nutricional

- ▶ Peso habitual 66 kg.
- ▶ Peso actual 53 kg, talla 170 cm, índice de masa corporal (IMC) 18,33.
- ▶ Pérdida de peso en el último año: 13 kg.
- ▶ Porcentaje de pérdida de peso en 1 año: 20,6%.
- ▶ Mini Nutritional Assessment (MNA): 2 puntos.
- ▶ Cribado de disfagia (EAT-10): 34 puntos.
- ▶ Escala SARC-F: 9 puntos.





04 Exploración física y pruebas complementarias



Exploración física

- ▶ Paciente consciente pero con desorientación temporoespacial.
- ▶ Palidez cutaneomucosa.
- ▶ Presión arterial de 140/80 mmHg.
- ▶ Pulsioximetría del 96%.
- ▶ Boca desdentada.
- ▶ Auscultación cardiopulmonar: tonos rítmicos; murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos.
- ▶ Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación; no se palpan masas ni megalias; sin apenas panículo adiposo; ruidos hidroaéreos normales.
- ▶ Miembros inferiores con importante atrofia muscular. Sin edemas.
- ▶ Tronco y miembros superiores con atrofia muscular y sin apenas compartimento graso.
- ▶ UPP, grado II en zona sacra.



Paciente anciano pluripatológico con disfagia y sarcopenia

MECV-V

Nombre y apellidos

Edad Fecha Saturación basal O₂

VISCOSIDAD

NÉCTAR

LÍQUIDO

PUDIN

Marque con una cruz ante la presencia de signos de alteración de la seguridad y/o eficacia

ALTERACIONES O SIGNOS DE SEGURIDAD

	5ml	10ml	20ml	5ml	10ml	20ml	5ml	10ml	20ml
TOS									
CAMBIO DE VOZ									
DESATURACIÓN DE OXÍGENO									

ALTERACIONES O SIGNOS DE EFICACIA

	5ml	10ml	20ml	5ml	10ml	20ml	5ml	10ml	20ml
SELLO LABIAL									
RESIDUO ORAL									
DEGLUCIÓN FRACCIONADA									
RESIDUO FARÍNGEO									

EVALUACIÓN FINAL:

- SIN alteraciones de SEGURIDAD, NI de la EFICACIA
- CON alteraciones de SEGURIDAD, pero NO de la EFICACIA
- SIN alteraciones de SEGURIDAD, pero SÍ de la EFICACIA
- CON alteraciones de SEGURIDAD y de la EFICACIA

RECOMENDACIÓN DIETÉTICA:

Viscosidad	NÉCTAR	
	LÍQUIDO	
	PUDIN	
Volumen	BAJO 5ml	
	MEDIO 10ml	
	ALTO 20ml	

Analítica

- ▶ Hemoglobina: 8,8 g/dL.
- ▶ Hematocrito: 28,2%.
- ▶ Glucosa: 180 mg/dL.
- ▶ Albúmina: 2,2 g/dL.
- ▶ Colesterol total: 90 mg/dL.
- ▶ Creatinina: 1,1 mg/dL.
- ▶ Hierro: 11 mg/dL.
- ▶ Ácido fólico: 2,1/mL.

Método de exploración clínica del volumen-viscosidad (MECV-V). El paciente en la viscosidad tipo néctar presenta una alteración de la seguridad, y en la viscosidad tipo miel y pudin (en volúmenes de 5, 10 y 20 mL) no presenta ninguna alteración de la seguridad. Al igual que en dicha viscosidad, el paciente tiene un adecuado sello labial (mantiene el bolo dentro de la boca), no hace deglución fraccionada ni hay residuos orales en la lengua, debajo de ésta ni en las encías una vez acabada la deglución.



05 Diagnóstico y tratamiento

Diagnóstico

Los diagnósticos que ya tenía el paciente más los siguientes:

- ▶ Desnutrición calórico-proteica.
- ▶ Sarcopenia.
- ▶ Disfagia neurógena a líquidos.
- ▶ Anemia ferropénica.



Tratamiento

- ▶ Como tratamiento se decide un abordaje nutricional mediante dieta de textura modificada (de consistencia tipo miel y pudín), y aporte de líquidos tratados previamente con espesantes de goma xantana, con buena tolerancia por parte del paciente.
- ▶ Además, se le prescribieron 2 suplementos hiperproteicos e hipercalóricos específicos para la DM de viscosidad tipo miel y textura homogénea: Resource® Diabet Dense.
- ▶ Se instruyó a la familia sobre el manejo del espesante, así como en la preparación y la composición de los triturados.
- ▶ Se pautó tratamiento con hierro y ácido fólico.





Paciente anciano pluripatológico con disfagia y sarcopenia

06 Seguimiento y evolución



▶ FASE 1



▶ FASE 2



▶ FASE 3



▶ FASE 4



Paciente anciano pluripatológico con disfagia y sarcopenia

- ▶ Se realizó un control con la EGCC en el domicilio del paciente y mediante consulta telefónica con la Unidad de Nutrición. Desde el primer momento, el paciente comenzó a tolerar bien su dieta triturada y la suplementación; asimismo, la familia cumplió en todo momento el tratamiento nutricional.
- ▶ La UPP sacra desapareció totalmente a los 6 meses y no reapareció.
- ▶ A los 6 meses, el paciente acudió a la Unidad de Nutrición en silla de ruedas, prescindiendo de la camilla; obtuvo una ganancia de peso de 5 kg y 800 g.
- ▶ Por otra parte, apenas apreciamos mejoría en la masa muscular de los miembros inferiores.
- ▶ Después de 9 meses, el paciente continúa con suplementación y dieta triturada con viscosidad tipo miel.
- ▶ El paciente sigue con el control de seguimiento ya que, debido a su enfermedad de Alzheimer, no sabemos cómo evolucionará su deglución.

Su analítica ha mejorado:

- ▶ **Albúmina:**
4,1 g/dL.
- ▶ **Colesterol total:**
120 mg/dL.
- ▶ **Hemoglobina:**
13,1 g/dL.
- ▶ **Resto de la analítica normal.**



07 Conclusiones

- ▶ La causa de malnutrición calórico-proteica que mostraba este paciente era la disminución notable de la ingesta alimentaria que había mantenido en los últimos meses debido a la disfagia neurógena que presentaba.
- ▶ La aparición en este paciente de una sarcopenia grave se debió principalmente a su edad avanzada, a su nula actividad física y, sobre todo, a una importante malnutrición calórico-proteica. La escasa ingesta de proteínas de forma mantenida ha sido un factor clave en la importantísima pérdida de músculo estriado. Esto hace que el paciente cada vez tenga menos movilidad física, lo cual produce, a su vez, una disminución de masa muscular.
- ▶ La UPP se debió a la desnutrición calórico-proteica y a la inmovilidad, que desapareció cuando empezamos a nutrirlo correctamente.
- ▶ El paciente mayor es muy vulnerable y se desnute fácilmente. Debemos tratarlo de forma precoz y detectar con rapidez su causa, que en una gran mayoría de los casos es la disfagia neurógena.
- ▶ Si hubiéramos diagnosticado antes de disfagia a Antonio y lo hubiéramos alimentado correctamente, no habría presentado la UPP, se podría haber retrasado su inmovilidad y, tal vez, su gran pérdida de masa muscular.



08 Bibliografía

- Abizanda Soler P. Actualización en fragilidad. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2010; 45(2): 106-110.
- Burgos Peláez R. Enfoque terapéutico global de la sarcopenia. Nutr Hosp. 2006; 21: 51-60.
- Castell Alcalá MV, Otero Puime A, Sánchez Santos MT, Garrido Barral A. Prevalencia de fragilidad en una población de mayores de 65 años y su relación con comorbilidad y discapacidad. Aten Primaria. 2010; 42(10): 520-527.
- Cereda E. Mini Nutritional Assessment. Curr Opin Clin Nutr Metab Care. 2012; 15: 29-41.
- Cruz-Jentoft AJ, Baeyens JP, Bauer JM. Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis. Report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People. Age Ageing. 2010; 39(4): 412-423.
- García Peris P, Velasco C, Velasco M, Clave P. Disfagia en el anciano. Nutr Hosp. 2011; 4(3): 35-43.
- Morley JE. Sarcopenia: diagnosis and treatment. J Nutr Health Aging. 2008; 12: 452-456.
- Paddon-Jones D, Rasmussen BB. Dietary protein recommendations and the prevention of sarcopenia. Curr Opin Clin Nutr Metab Care. 2009; 12: 86-90.
- Serra JA. Consecuencias clínicas de la sarcopenia. Nutr Hosp. 2006; 21 Supl 3: 46-50.
- Thomas DR. Sarcopenia. Clin Geriatr Med. 2010; 26: 331-346.
- Varela L, Chávez H, Herrera A. Valoración geriátrica integral en adultos mayores hospitalizados a nivel nacional. Diagnóstico. 2004; 43(2): 57-63.
- Vilarasau Farre MC, Duran Alert P, Virgili Casas N. Pérdida importante y prolongada de apetito (anorexia). En: León Sanz M, Celaya Pérez S, eds. Manual de recomendaciones nutricionales al alta hospitalaria. Barcelona: Editorial Glosa; 2010. p. 179-181.

