



UNIVERSIDAD DE JAÉN

Facultad de Ciencias de la Salud

Trabajo Fin de Grado

Efectividad de las intervenciones sobre la disfagia en personas afectadas por enfermedad de Alzheimer y otras demencias : una revisión sistemática.

Alumna: María del Pilar Cazalilla López

Tutor: Prof. D. Pedro Ángel Palomino Moral

Dpto: Enfermería

Mayo, 2014



UNIVERSIDAD DE JAÉN

Facultad de Ciencias de la Salud

Grado en Enfermería

Trabajo Fin de Grado

Efectividad de las intervenciones sobre la disfagia en personas afectadas por enfermedad de Alzheimer y otras demencias : una revisión sistemática.

Alumna: María del Pilar Cazalilla López

Tutor: Prof. D. Pedro Ángel Palomino Moral

Dpto: Enfermería

Mayo, 2014

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

Método de exploración clínica volumen-viscosidad (MECV-V)	6
Sonda nasogástrica (SNG)	8
Gastrostomía endoscópica percutánea (GEP)	8
Índice Médico Español (IME).....	10
Public Medline (PubMed).....	10
Cummulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL)	10
Web of Knowledge (WOK)	10
Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS)	10
Medical Subject Headings (MeSH)	10
Ensayo clínico aleatorio (ECA).....	13
Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA)	18
Banxia Houpu Tang (BHT).....	18

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Fases de la deglución.....	2
Figura 2. Diagrama de flujo	11
Figura 3. Movilización de la columna cervical	14
Figura 4. Algoritmo del MECV-V.....	30

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. ECA que evalúan el manejo de la disfagia mediante intervenciones de fisioterapia, corrección postural y modificación en la viscosidad de los líquidos	13
Tabla 2. Estudios que evalúan el manejo de la disfagia mediante sondas de alimentación.....	16
Tabla 3. Estudios que evalúan el manejo de la disfagia mediante medicamentos .	19

ÍNDICE

Índice de abreviaturas	i
ÍNDICE DE FIGURAS	i
ÍNDICE DE TABLAS	i
AGRADECIMIENTOS	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
1. INTRODUCCIÓN	1
1.1. Envejecimiento normal y el proceso deglutorio	1
1.2. La disfagia y la enfermedad de Alzheimer u otras demencias	2
1.3. Epidemiología	3
1.4. Consecuencias asociadas a la disfagia	4
1.5. La detección precoz y el abordaje de la disfagia	4
1.6. Justificación del estudio	8
2. LA REVISIÓN	9
2.1. Objetivo y diseño del estudio	9
2.2. Estrategia de búsqueda	10
2.3. Criterios de inclusión y de exclusión	10
2.4. Descripción general de los resultados de la búsqueda	11
3. RESULTADOS	11
3.1. Fisioterapia. Corrección postural y modificación en la viscosidad de los líquidos	12
3.2. Sondas de alimentación	15
3.3. Medicamentos	18
4. DISCUSIÓN	20
4.1. Fisioterapia. Corrección postural y modificación en la viscosidad de los líquidos	20
4.2. Sondas de alimentación	21
4.3. Medicamentos	22
4.4. Principales aportaciones	23
4.5. Limitaciones del estudio	23
5. CONCLUSIONES	24
6. BIBLIOGRAFÍA	25
7. ANEXO 1	30

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer el apoyo y el asesoramiento de Pedro Ángel Palomino Moral, profesor de la Universidad de Jaén.

RESUMEN

Introducción: Los datos disponibles sitúan a la disfagia como una prioridad por su incidencia en la morbilidad, en la mortalidad y en la frecuentación hospitalaria de las personas afectadas por la enfermedad de Alzheimer. El diagnóstico precoz y el manejo adecuado de la disfagia cobran especial importancia en este sentido, problema que afecta hasta el 50% de los pacientes en cualquier fase de la enfermedad. Este trabajo pretende generar recomendaciones y medidas basadas en la evidencia disponible para el manejo más acertado de la disfagia.

La revisión: Después de la selección de las palabras clave y descriptores adecuados en inglés y en español, se realizó una búsqueda bibliográfica en bases de datos nacionales e internacionales. Todos los artículos encontrados se exportaron a un gestor bibliográfico y allí se eliminaron los duplicados, realizando posteriormente una lectura y un análisis exhaustivo de los artículos restantes. Los criterios de inclusión fueron los siguientes: artículos originales sobre disfagia, en personas con enfermedad de Alzheimer u otras demencias, con intervenciones para el abordaje del problema y en cualquier ámbito. Los estudios originales que en su población incluían a pacientes oncológicos fueron excluidos. Finalmente 14 artículos fueron incluidos en esta revisión sistemática.

Resultados: Se han identificado 5 estrategias claramente definidas en la literatura: fisioterapia, corrección postural, modificación en la viscosidad de los líquidos, sondas de alimentación y medicamentos.

Discusión: No podemos establecer conclusiones claras en cuanto a la fisioterapia como estrategia de intervención. En relación a la modificación en la viscosidad de los líquidos y la corrección postural, tampoco podemos establecer conclusiones definitivas debido a la heterogeneidad de los resultados encontrados. Así mismo, resulta necesario la realización de más estudios que demuestren la eficacia en cuanto al uso de ciertos medicamentos para tratar la disfagia. Por otro lado, según los hallazgos encontrados, el uso de las sondas de alimentación resulta controvertido en personas con demencia y la consideramos como una práctica desaconsejada.

Palabras claves: demencia, enfermedad de Alzheimer, dificultades en la deglución, tratamiento, rehabilitación, educación para la salud.

ABSTRACT

Introduction: Available data place the dysphagia as a priority because of its impact on morbidity, mortality and hospital discharges of people affected by Alzheimer's disease. Early diagnosis and proper management of dysphagia are particularly important in this regard, a problem that affects up to 50% of patients at any stage of the disease. This work aims to generate recommendations and measures based on the evidence available to the successful management of dysphagia.

The review: After selecting the appropriate keywords and descriptors in English and Spanish, a literature search was performed on basis of national and international data. All items found were exported to a bibliographic manager and duplicates were eliminated, then taking a reading and thorough analysis of the remaining items. Inclusion criteria were: original articles on dysphagia, in people with Alzheimer's disease or other dementias, interventions to address the problem and in any field. The original studies included in population cancer patients were excluded. Finally 14 items were included in this systematic review.

Results: We found 5 strategies clearly defined in the literature: physiotherapy, postural correction, change in the viscosity of fluids, tube feedings and medications.

Discussion: We cannot draw clear conclusions as to the physiotherapy as an intervention strategy. Regarding the change in the viscosity of liquids and postural correction, we cannot draw definitive conclusions because of the heterogeneity of the results. Furthermore, it is necessary to perform more studies to demonstrate the effectiveness in the use of certain drugs to treat dysphagia. On the other hand, according to the findings, the use of feeding tubes is controversial in people with dementia and we consider it as a practice discouraged.

Keywords: dementia, Alzheimer disease, deglutition disorders, therapeutics, rehabilitation, health education.

1. INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Alzheimer y otras demencias provocan pérdidas progresivas en las funciones cognitivas, limitando la realización de las actividades de la vida diaria. Son muchos los síntomas que se asocian a las demencias entre ellas la disfagia o los problemas de deglución. Podríamos considerar la disfagia como un síndrome geriátrico infradiagnosticado pese a su alta prevalencia en las personas mayores de 65 años¹⁻⁴.

Los datos disponibles sitúan a la disfagia como una prioridad por su incidencia en la morbilidad, en la mortalidad y en la frecuentación hospitalaria. Por lo tanto, el diagnóstico precoz y el manejo adecuado de la disfagia adquieren mucha relevancia. El abordaje de la disfagia requiere la participación de múltiples profesionales y la implicación de cuidadores y familiares. Éstos últimos juegan un papel fundamental, pues la mayoría de las veces, son ellos los encargados de cuidar y atender a este tipo de personas.

Este trabajo pretende analizar el conocimiento disponible y generar recomendaciones y medidas basadas en la evidencia para el manejo más acertado de la disfagia en personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Este conocimiento podría ser de utilidad en cuidadores profesionales y familiares que se dedican a atender las necesidades de personas afectadas por disfagia.

1.1. Envejecimiento normal y el proceso deglutorio

La deglución es un proceso complejo que implica la coordinación de más de 40 músculos junto a múltiples nervios craneales (V, VII, IX, X, XI, XII)^{5,6}. Además, partes de la corteza cerebral, tronco cerebral y cerebelo intervienen también en el proceso deglutorio⁶. La deglución tiene dos funciones esenciales: transportar el bolo alimenticio y proteger las vías respiratorias⁵. En la figura 1 se muestra una imagen que representa las distintas fases de la deglución.

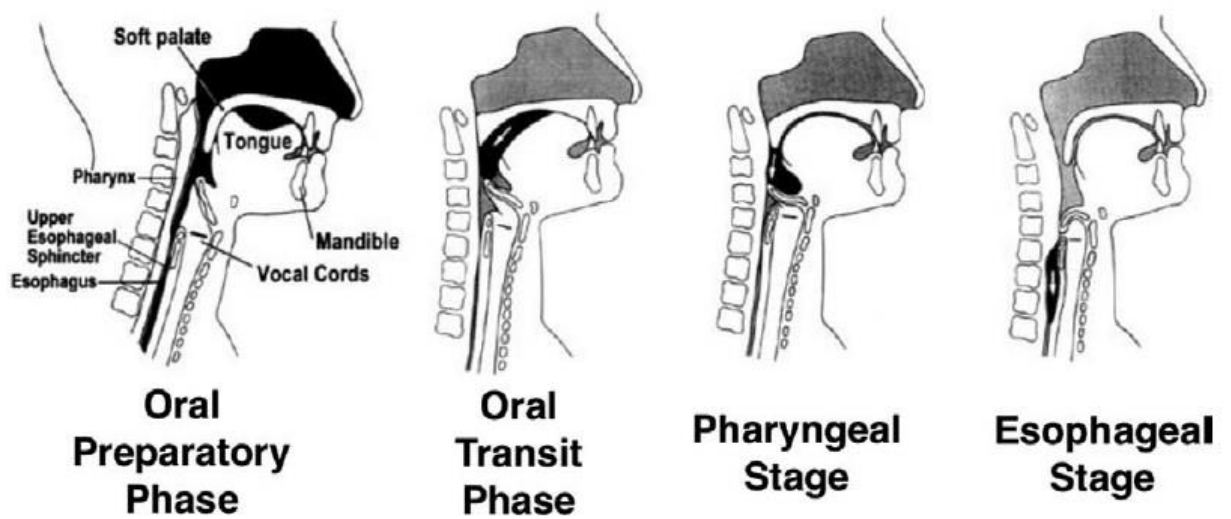


Figura 1. Fases de la deglución. Fuente: Macht M, Wimbish T, Bodine C, Moss M. ICU-acquired swallowing disorders. Crit Care Med 2013;41(10):2396-2405.

Como consecuencia del proceso normal de envejecimiento, se producen cambios que potencian el deterioro que la enfermedad de Alzheimer y otras demencias provocan en la función deglutoria. Estos cambios se encuentran relacionados con la pérdida de dientes, la contracción de las encías, la disminución en la producción de saliva y la reducción en el tono muscular y la fuerza de la mandíbula⁷. Situaciones como la depresión, que puede afectar hasta el 45 % de las personas mayores con demencia, puede hacer que la alimentación en este tipo de personas sea aún más complicada: los medicamentos utilizados para su tratamiento normalmente producen somnolencia, agitación y xerostomía⁸⁻¹⁰.

1.2. La disfagia y la enfermedad de Alzheimer u otras demencias

La disfagia puede definirse como cualquier alteración en el proceso de deglución^{2,9}; se puede clasificar atendiendo a dos criterios: según el lugar (orofaríngea, esofágica o paraesofágica) o el mecanismo de producción (mecánico o neurogénico)¹¹. La disfagia orofaríngea es la más frecuente en el anciano y a menudo se presenta en personas con trastornos neurológicos tales como enfermedad de Alzheimer, enfermedad de Parkinson o en derrames cerebrales^{6,11} y afecta a los mecanismos neuromusculares que controlan los movimientos de la

lengua y de la faringe^{6,12}. Ésta se define como la “dificultad para iniciar la deglución y/o mover el bolo de la cavidad oral hacia el esófago”⁶. Los alimentos no pueden ser transferidos desde la boca hasta la parte superior del esófago, lo que supone una incapacidad para tragar^{6,12}.

La demencia provoca en los individuos afectados una disminución progresiva en el plano cognitivo y en su capacidad funcional^{8,13}. Está establecido que las personas afectadas por demencia o enfermedad de Alzheimer con frecuencia, muestran dificultades para comer de forma independiente²⁻⁴. El carácter evolutivo de la enfermedad de Alzheimer se corresponde también con alteraciones progresivas en el proceso deglutorio de los pacientes. En la etapa inicial, el deterioro cognitivo asociado a la enfermedad de Alzheimer y otras demencias hace que la capacidad de iniciar o continuar las tareas de alimentación disminuyan, olvidando incluso, el proceso voluntario de masticación y deglución^{6,8,14}. También, en las primeras etapas, las personas afectadas pueden necesitar un mayor tiempo para la alimentación, retrasándose el proceso deglutorio^{2,8}. En la etapa intermedia, la capacidad para manejar los utensilios necesarios para comer y para reconocer los alimentos disminuye, dando lugar a apraxia y agnosia⁸. Finalmente, en etapas muy avanzadas la capacidad para controlar la masticación y la deglución es prácticamente nula⁵.

Por lo tanto, las personas con demencia experimentan una disminución en la ingesta oral de alimentos cuando pierden la capacidad de alimentarse de forma independiente, de reconocer los alimentos o presentan dificultades en la deglución¹⁵.

1.3. Epidemiología

La prevalencia de la demencia a nivel mundial es de aproximadamente 24 millones y se estima que esta cifra se elevará a 42,3 millones en 2020¹². El coste de la atención de estas personas es el 5, 6% de los costes totales de la atención médica, lo que supone un coste casi igual que los combinados del cáncer (3,2%) y de la enfermedad cardíaca coronaria (2,5%)⁴. Las estimaciones sobre la prevalencia de la disfagia son variables, pero claramente ésta aumenta con la edad^{1,16}. Enfermedades neurológicas, entre ellas la demencia, se acompañan de disfagia en un 25-50% de los casos en algún momento de su fase evolutiva¹¹. En Estados Unidos, el número de personas afectadas por disfagia oscila entre 300,000 y 600,000 personas al año, el 15% de las personas mayores aproximadamente, como

resultado de trastornos neurológicos. En las residencias de ancianos, entre el 50-75% de las personas se encuentran afectadas por disfagia⁶ y hasta el 30% de los ingresados en un hospital². Además, estudios realizados en Europa apuntan a que la disfagia se produce en un 8-10% de las personas mayores de 50 años¹². Por lo tanto, estos datos muestran que la disfagia es un síntoma muy frecuente en las personas mayores e incluso se está convirtiendo en un problema de salud en aquellos países cuya población envejece rápidamente, como es el caso de España^{2,12}: según datos oficiales, en 2010, la población española presentaba una tasa de envejecimiento del 17%¹⁷.

1.4. Consecuencias asociadas a la disfagia

Las complicaciones asociadas a la disfagia incluyen: pérdida de peso, deshidratación, descomposición muscular, fatiga, y disminución general del estado funcional^{2,5,16}, siendo la neumonía por aspiración la principal causa de muerte de estas personas^{11,18,19}. Además, la inmunodepresión, la mala higiene oral, las disfunciones pulmonares y la desnutrición puede aumentar el riesgo de neumonía cuando se aspiran secreciones orales⁶. Las aspiraciones son muy frecuentes en las personas afectadas por disfagia y no siempre se presentan con signos clínicamente evidentes (aspiraciones silentes)^{2,13}.

La disfagia se ha asociado con un aumento de la mortalidad y de la morbilidad². La tasa de neumonía por aspiración en las residencias de ancianos oscila entre el 20-65%⁶. Aunque no siempre es causada por la aspiración, la mortalidad por neumonía entre las personas que habitan en residencias de ancianos es de un 40%^{12,20}. Además, el 72% de los residentes con neumonía por aspiración presenta disfagia neurológica relacionada con la enfermedad⁶ y en las personas de edad avanzada la presencia de demencia, se asocia con mayores tasas de ingreso hospitalario y de mortalidad^{5,11}.

1.5. La detección precoz y el abordaje de la disfagia

En este problema se plantea como objetivo básico de cuidadores formales e informales el de reducir al máximo las complicaciones asociadas, mejorar el estado nutricional y disminuir la morbimortalidad. Para ello, el diagnóstico precoz y el manejo adecuado de la disfagia con el desarrollo de estrategias para una deglución

segura y eficaz resulta muy importante^{5,11}. El abordaje de la disfagia supone una labor conjunta y multidisciplinaria que implica también a familiares y a cuidadores^{3,11}. El equipo multidisciplinario comprende al especialista clínico en deglución, la enfermera, el nutricionista, el radiólogo, el médico geriatra y otros profesionales como el odontólogo, el gastroenterólogo, el fisioterapeuta, el otorrinolaringólogo, el oncólogo o el neurólogo, dependiendo de la etiología subyacente de la disfagia^{1,16}. Las enfermeras juegan un papel fundamental en la identificación de personas de riesgo y de personas que ya sufren disfagia y en la búsqueda de soluciones al tratarse de una necesidad humana básica directamente relacionada con sus competencias profesionales. Si bien es cierto, que el abordaje de la disfagia ha de ser multidisciplinar, la mayor parte del seguimiento y de la atención la realiza la enfermera¹. Ésta interviene en el reconocimiento y en la evaluación de las dificultades de alimentación y colabora en la puesta en marcha de programas y protocolos que faciliten la ingesta a las personas afectadas. Además, realizan labores de educación a las familias y al personal relacionado a cerca del abordaje de la disfagia. Esta acción sobre los cuidadores familiares ha de hacerse sobre la base de intervenciones educativas ajustadas a las necesidades de pacientes y de cuidadores^{15,21}. Para ello, las enfermeras han de estar informadas sobre las intervenciones más adecuadas para el manejo de la disfagia, en base a la evidencia existente^{4,15}.

1.5.1. Detección precoz de la disfagia

Para la detección precoz de la disfagia, la observación directa resulta fundamental¹¹. Los signos más indicativos de disfagia son: aumento del tiempo necesario para la ingesta, dificultad en el manejo de secreciones, prolongación del tiempo necesario para masticar, retención de alimento en la cavidad oral, infecciones respiratorias recurrentes, pérdida de peso, deshidratación, regurgitación oral de alimentos o líquidos, regurgitación nasal, tos (antes, durante o después de la deglución), voz húmeda y atragantamientos. Estas observaciones pueden iniciar el estudio de la disfagia para realizar modificaciones que mejoren la deglución en la persona afectada^{1,11}.

Además, existen pruebas clínicas de esfuerzo deglutorio que permiten identificar de forma precoz a las personas con disfagia orofaríngea. Nos referimos al

método de exploración clínica volumen-viscosidad (MECV-V) (Anexo 1). Éste nos ofrece la posibilidad de observar alteraciones en la seguridad de la deglución proporcionando datos del tipo de bolo más adecuado para la persona, modificando el volumen y la viscosidad del mismo. Esta prueba es sencilla y fácil de realizar y consiste en la administración de bolos de volúmenes de 5, 10 y 20 ml. con consistencias variables (líquida, néctar y pudding) obtenidas con espesantes comerciales. EL MECV-V se considera positivo cuando aparecen signos clínicos evidentes de alteración de la seguridad y de la eficacia durante la prueba, como cambios en la voz, atragantamientos o tos. Normalmente se realiza un control de la saturación de oxígeno en sangre periférica, pues una disminución en la misma puede ser signo de aspiración^{11,22}.

Por otro lado, la videofluoroscopia es una técnica que permite visualizar la dinámica de la orofaringe, comenzando en la boca y terminando en el esófago proximal. Permite evaluar la seguridad y la eficacia de la deglución y ayuda a seleccionar tratamientos específicos⁹. No obstante, las personas con deterioro cognitivo, en muchas ocasiones, no pueden someterse a esta prueba, pues han de colaborar y ser capaces de comprender órdenes simples⁵.

1.5.2. Abordaje de la disfagia

Las intervenciones que se aplican para el manejo y abordaje de la disfagia son variadas. Entre ellas, destacan las modificaciones ambientales, la corrección postural, las variaciones en el volumen/viscosidad de los alimentos, las maniobras deglutorias específicas y la alimentación enteral a través de sondas¹¹.

Entre las modificaciones ambientales, la literatura revisada propone estrategias consistentes en mantener un ambiente tranquilo en el comedor, en utilizar un lenguaje verbal y corporal adecuado y en dedicar tiempo suficiente a la alimentación. Se debe prestar especial atención a la higiene oral, de dientes y de prótesis manteniendo la integridad de las mucosas, de los labios y de las comisuras¹¹. Las distracciones tales como televisores, radios y ruidos deberían ser eliminados porque dificultan el proceso de alimentación. También la literatura menciona que ha de haber una buena iluminación para contrastar e iluminar los alimentos y utensilios y para aumentar la independencia en la alimentación de la persona afectada por

disfagia^{3,8,15}. La música podría reducir la agitación a la hora de comer y tener efectos positivos aumentando la concentración^{8,14}.

La finalidad de la corrección postural, como estrategia de intervención, es alterar la velocidad de los alimentos o líquidos ingeridos con la intención de proteger las vías respiratorias y reducir el riesgo de aspiraciones². La literatura revisada sugiere que es preferible colocar a la persona en sedestación los 30 minutos previos a la ingesta, con ligera flexión de la cabeza hacia delante. En las personas encamadas, el cabecero de la cama ha de situarse a 90°. Tras la ingesta, la persona ha de estar otros 30 minutos en sedestación¹¹. Se debería evitar la inclinación de la cabeza hacia atrás, debido a que existe mayor riesgo de que los alimentos y los líquidos se dirijan a las vías respiratorias¹⁶.

Por otro lado, las variaciones en el volumen/viscosidad y las modificaciones en la dieta pretenden facilitar el consumo de alimentos por vía oral con una deglución más segura, reduciendo la aparición de complicaciones^{2,11}. La literatura revisada propone que las dietas han de ser variadas y atractivas, evitándose alimentos de distintas consistencias y la toma de líquidos a través de pajitas porque aumentaría el riesgo de aspiración^{7,11}. Para modificar la textura de la dieta se pueden: triturar los alimentos sólidos o emplear espesantes junto con enriquecedores de la dieta¹¹. Estas intervenciones consisten en evitar la toma de líquidos delgados, incorporando líquidos de mayor viscosidad y reduciendo el volumen del bolo⁵. Los líquidos espesados facilitan que el reflejo de deglución se active²⁰.

Maniobras deglutorias específicas. Se realizan programas de ejercicios de resistencia destinados a mejorar la fortaleza de la lengua, los labios, las mandíbulas, la laringe, las cuerdas vocales y los músculos respiratorios⁵. Algunos ejemplos de este tipo de maniobras son: la maniobra supraglótica y la maniobra de Mendelsohn. Sin embargo, para la realización de estos ejercicios se necesita de suficiente capacidad de comprensión y habilidades cognitivas, por lo que puede resultar difícil para aquellas personas con demencia⁹.

Sondas de alimentación. Esta intervención es la que con más frecuencia se realiza en las personas con demencia avanzada⁴. Se recomienda en aquellas personas que no son capaces de satisfacer las necesidades nutricionales a través de una ingesta oral normal o existe un alto riesgo de desarrollar complicaciones asociadas a la aspiración²³. Está indicada en personas con disfagia neurológica grave, pero no en el estadio final de la enfermedad, incluyendo la demencia⁵. Con la

nutrición enteral se pretende mejorar el estado de hidratación y disminuir el riesgo de aspiración²³. Destacan dos métodos: la sonda nasogástrica (SNG) y la gastrostomía endoscópica percutánea (GEP). En el primer caso, los alimentos y líquidos son administrados a través de una sonda que atraviesa la nariz y se dirige hacia el estómago. Sin embargo en la GEP, la sonda de alimentación se hace pasar con la ayuda de un endoscopio a través del estómago, realizándose una incisión permanente en la pared abdominal⁴. La GEP se puso por primera vez en práctica en 1980 con la finalidad de proporcionar nutrición enteral en niños, jóvenes y adultos. En los últimos 20 años las tasas de colocación de sondas de gastrostomía se han incrementado de forma considerable y actualmente, es el método que se utiliza con mayor frecuencia cuando la ingesta oral se considera insuficiente¹⁶. Durante gran parte del siglo 20, las sondas de alimentación se utilizaron para el tratamiento de las personas con enfermedad de Alzheimer, que desarrollaban problemas de alimentación²⁴. Según la literatura revisada, la GEP se recomienda en personas con accidentes cerebrovasculares con disfagia orofaríngea donde se ha demostrado que se producen mejoras en la morbilidad y en la mortalidad⁴.

1.6. Justificación del estudio

La disfagia es un problema que se encuentra asociado con las personas mayores y con trastornos neurológicos tales como enfermedad de Alzheimer y otras demencias, enfermedad de Parkinson y accidentes cerebrovasculares^{6,11}. Podríamos considerar a la disfagia como un auténtico reto social, afectando a un alto porcentaje de la población de aquellos países desarrollados que envejecen de forma rápida^{2,12}.

Por otro lado, son muchas las complicaciones que se asocian a la disfagia y éstas tienen repercusiones importantes en la mortalidad y en la morbilidad^{2,5,16}. Es así cuando, la identificación precoz y el manejo adecuado de la disfagia cobran especial relevancia^{5,11}.

La realización de este trabajo responde también a una inquietud personal sobre cómo abordar este problema en la población afectada con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. En la práctica asistencial, el uso de sonda de alimentación es una intervención muy habitual en personas que muestran dificultades en la deglución. Tenemos la percepción de que esta práctica se ha llegado a normalizar

sin barajar los riesgos y los beneficios. Por lo tanto, averiguar si esta estrategia de intervención es aconsejada o no de acuerdo a la evidencia científica existente hasta el momento es algo que deseamos conocer, además de la efectividad de otros tratamientos.

Hasta la actualidad, no existen estudios que afirmen que las intervenciones relacionadas con modificaciones ambientales produzcan beneficios en las personas afectadas por disfagia⁸. Dentro de las modificaciones posturales, la postura de barbilla hacia abajo es una de las intervenciones más comunes⁹. Sin embargo, existe mucha controversia respecto al éxito de esta postura como intervención preventiva⁶. Los datos disponibles sobre la efectividad de este tipo de intervenciones es limitada^{2,9,25}. Por otro lado, la evidencia disponible discrepa respecto al uso clínico de líquidos espesos y sus beneficios en el estado nutricional y la reducción del riesgo de neumonía¹³. Además, la investigación disponible sobre los beneficios que las modificaciones dietéticas pudieran producir es deficiente^{2,26}. Asimismo, no hay evidencia de que la alimentación a través de sondas (a pesar de su frecuente uso) reduzca el riesgo de neumonía por aspiración, mejore la comodidad o prolongue la supervivencia en las personas con demencia^{3,4}.

Por lo tanto, existen aún muchas cuestiones por esclarecer debido a la falta de evidencia y de estudios, por lo que resulta necesario generar nueva información que nos defina cómo abordar este problema que cada vez adquiere mayor importancia en nuestra sociedad. Los cuidadores formales y familiares se enfrentan en numerosas ocasiones con este problema y actuar de forma adecuada requiere de un previo conocimiento acertado sobre cómo abordarlo.

2. LA REVISIÓN

2.1. Objetivo y diseño del estudio

El objetivo de este Trabajo Fin de Grado es analizar la efectividad de las intervenciones para el manejo de la disfagia en personas afectadas por enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Para ello, se elaboró una revisión sistemática de la literatura.

2.2. Estrategia de búsqueda

Se realizó una búsqueda bibliográfica en bases de datos nacionales e internacionales: Cuiden Plus, Índice Médico Español (IME), Public Medline (PubMed), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Scopus, Web of Knowledge (WOK) y Cochrane. Para las bases de datos nacionales los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) que se utilizaron fueron: enfermedad de Alzheimer, trastornos de deglución, rehabilitación y educación. En el caso de bases de datos internacionales los términos Medical Subject Headings (MeSH) fueron: dementia, alzheimer disease, deglutition disorders, therapeutics, rehabilitation, health education. De este modo, nuestra cadena base en Pubmed fue la siguiente:

(Dementia[mh] or dementia*[tiab] or Alzheimer Disease[mh] or Alzheimer*[tiab]) and (deglutition disorders[mh] or deglutition*[tiab] or dysphagia*[tiab] or deglutition difficult*[tiab] or swallowing*[tiab]) and (therapeutics[mh] or therapeutic*[tiab] or rehabilitation[mh] or rehabilitation*[tiab] or health education[mh] or education*[tiab] or prevention*[tiab] or Intervention*[tiab])

No se establecieron límites en los años de publicación de los artículos. La búsqueda se realizó entre el 20 y el 27 de enero de 2014. Tras la exportación de todos los registros al gestor bibliográfico Refworks, eliminamos aquellos artículos que nos aparecían duplicados y procedimos a la lectura y análisis de cada uno de ellos con el fin de seleccionar los más adecuados para la realización de nuestro trabajo.

2.3. Criterios de inclusión y de exclusión

Los criterios de inclusión definidos para el siguiente estudio fueron los siguientes: artículos originales sobre disfagia, en personas con enfermedad de Alzheimer u otras demencias, con intervenciones para el abordaje del problema y en cualquier ámbito. Estudios que en su población incluían a personas con demencia y/o enfermedad de Parkinson, Alzheimer o ACV fueron incluidos. Decidimos excluir aquellos trabajos cuya población incluía a pacientes oncológicos.

2.4. Descripción general de los resultados de la búsqueda

Se localizaron 940 artículos en total en las diferentes bases de datos. Todos los registros fueron exportados al gestor bibliográfico Refworks y allí, se eliminaron 314 artículos duplicados. Los 626 artículos restantes fueron revisados, rechazándose 612 de éstos por no cumplir los criterios de inclusión. Finalmente 14 artículos originales fueron utilizados para la elaboración de esta revisión sistemática. La figura 2 representa el diagrama de flujo de la búsqueda realizada.

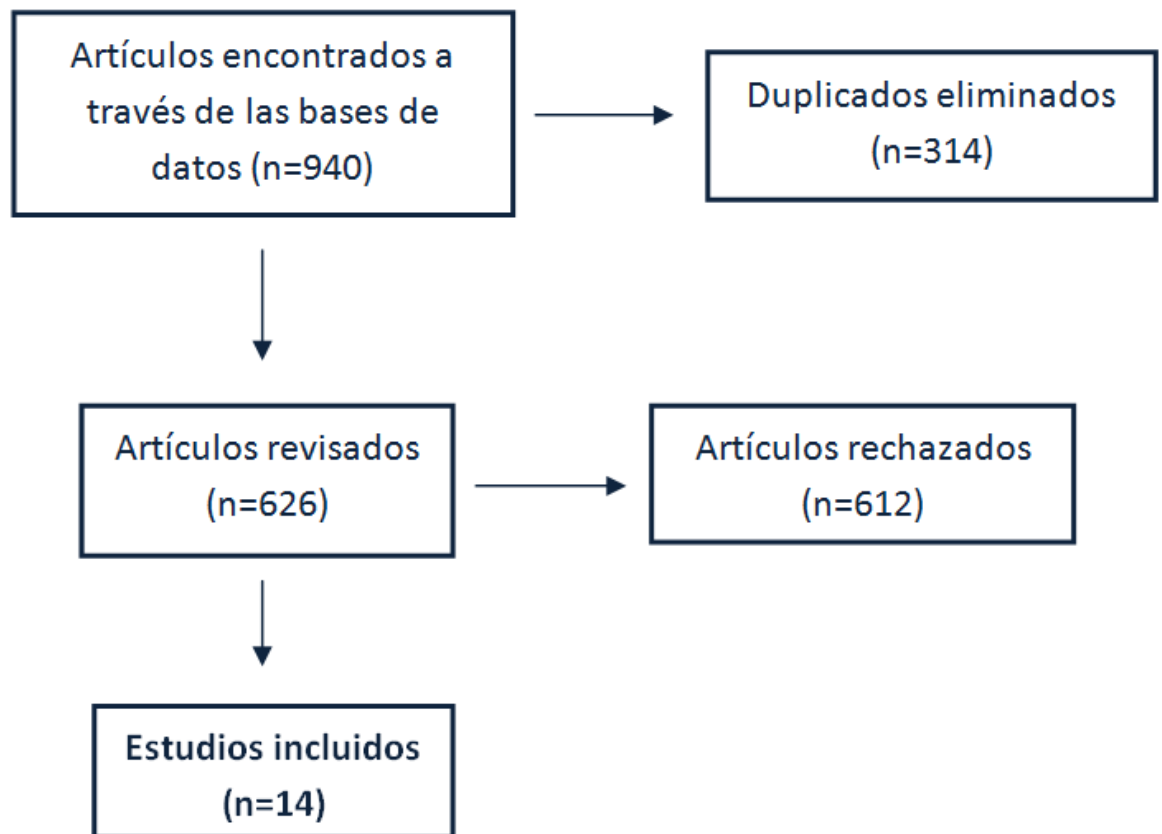


Figura 2. Diagrama de flujo.

3. RESULTADOS

En la revisión efectuada se pone de manifiesto la existencia de 5 estrategias: 1) fisioterapia, 2) corrección postural, 3) modificación en la viscosidad de los líquidos, 4) sondas de alimentación y 5) medicamentos, siendo la intervención más frecuente el uso de sondas de alimentación. Los estudios de Robbins et al.²⁷ y Logemann et

al.²⁸ incluyen intervenciones combinadas (corrección postural y modificación en la viscosidad de los líquidos).

3.1. Fisioterapia. Corrección postural y modificación en la viscosidad de los líquidos

La tabla 1 representa los hallazgos encontrados en los estudios que evalúan intervenciones relacionadas con fisioterapia, corrección postural y modificación en la viscosidad de los líquidos.

ESTUDIO	AUTOR Y AÑO	DISEÑO	N	INTERVENCIÓN	HALLAZGOS
1	Bautmans et al. ²⁹ (2008)	Ensayo clínico aleatorio (ECA)	15	Movilización de la columna cervical/Visita de socialización	Beneficio. La capacidad de ingestión mejoró significativamente tras la movilización de la columna cervical a 5 ml después de una sesión $p=0,01$ y a 10 ml después de una semana de tratamiento (3 sesiones) $p=0,03$ en comparación con el grupo control.
2	Robbins et al. ²⁷ (2008)	ECA	259	Líquidos claros con barbilla hacia abajo	Beneficio en comparación con los otros dos grupos. En 3 meses la incidencia acumulada de neumonía fue de 0,098 y 0,116 con la intervención de postura de barbilla hacia abajo y administración de líquidos de mayor viscosidad respectivamente ($p=0,53$)
2	Robbins et al. ²⁷ (2008)	ECA	133	Néctar y posición neutra de la cabeza	Beneficio en comparación con el grupo de líquidos de viscosidad miel. En tres meses, la incidencia acumulada de neumonía fue de 0,084 en el grupo de viscosidad néctar y 0,150 en el grupo de viscosidad miel ($p=0,083$)
2	Robbins et al. ²⁷ (2008)	ECA	123	Miel y posición neutra de la cabeza	
3	Logemann et al. ²⁸ (2008)	ECA	711	Líquidos claros con barbilla hacia abajo	Daño en comparación con las otras dos intervenciones. En general, un número significativamente mayor de participantes sufren aspiraciones con líquidos claros a pesar de tener la barbilla hacia abajo que cuando se usan líquidos de viscosidad néctar ($p<0,001$) o líquidos de viscosidad miel ($p<0,0001$)
3	Logemann et al. ²⁸ (2008)	ECA	711	Néctar sin ajuste postural	Daño en comparación con el grupo de líquidos de viscosidad miel. Un número significativamente mayor de participantes sufren aspiraciones con líquidos de viscosidad néctar que con líquidos de viscosidad miel ($p<0,0001$)
3	Logemann et al. ²⁸ (2008)	ECA	711	Miel sin ajuste postural	

Tabla 1. ECA que evalúan el manejo de la disfagia mediante intervenciones de fisioterapia, corrección postural y modificación en la viscosidad de los líquidos.

Bautmans et al.²⁹ realizaron un ECA con diseño cruzado e investigaron la eficacia de la movilización de la columna vertebral en 15 personas con demencia avanzada y disfagia. Esta intervención era realizada por un fisioterapeuta y consistía en movilizar suavemente la columna cervical, con el fin de corregir la postura de la persona. Como se muestra en la figura 3, la persona permanecía sentada apoyando su cabeza contra el pecho del fisioterapeuta mientras éste mantiene la cabeza del participante con el brazo y la mano. La movilización consistía en movimientos pasivos de la cabeza sin la participación activa de los pacientes. Bautmans et al.²⁹, evaluaron tras una sesión y tras una semana (3 sesiones) el volumen máximo de agua que podía ser tragado en un solo movimiento en el grupo de intervención y en el grupo control. La capacidad de ingestión mejoró significativamente tras la movilización de la columna cervical a 5 ml después de una sesión ($p=0,01$) y a 10 ml después de una semana de tratamiento (3 sesiones; $p=0,03$) en comparación con el grupo control.

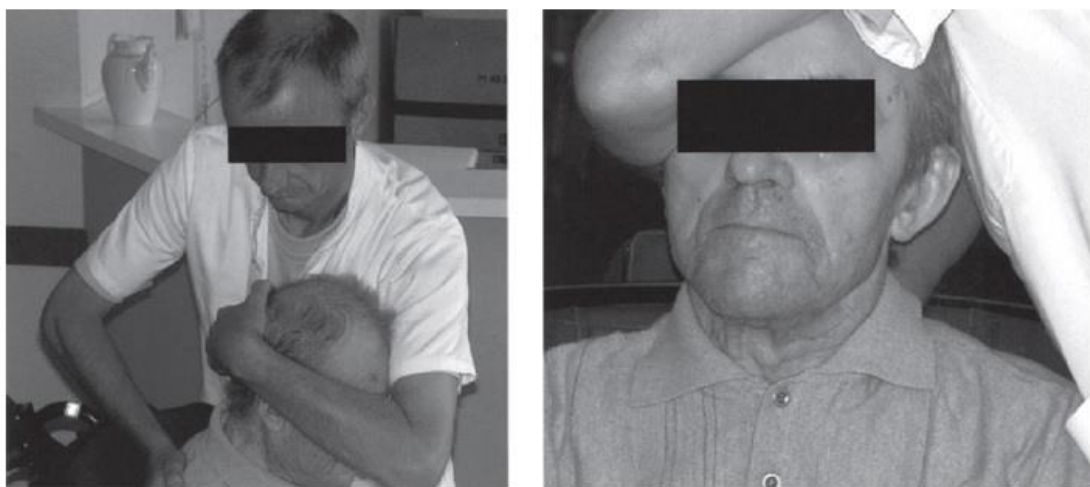


Figura 3. Movilización de la columna cervical. Fuente: Bautmans I, Demarteau J, Cruts B, Lemper JC, Mets T. Dysphagia in elderly nursing home residents with severe cognitive impairment can be attenuated by cervical spine mobilization. J Rehabil Med 2008 Oct;40(9):755-760.

Por otro lado, Robbins et al.²⁷ llevaron a cabo un ECA en personas con demencia y/o enfermedad de Parkinson. Ellos pretendían investigar la eficacia de la postura de la barbilla hacia abajo combinada con la ingesta de líquidos claros y la eficacia de la administración de líquidos con viscosidad néctar y líquidos con

viscosidad miel, ambas con una posición neutra de la cabeza. La neumonía se diagnosticaba por radiografía de tórax o por la presencia de 3 indicadores respiratorios. En 3 meses, la incidencia acumulada de neumonía fue de 0.098 y 0.116 en la postura de barbilla hacia abajo y en líquidos espesados, respectivamente (IC [95 %, 0,49 a 1,45], $p=0,53$); la incidencia acumulada de neumonía fue de 0.084 en el grupo de líquidos de viscosidad néctar en comparación con 0.150 en el grupo de líquidos con viscosidad miel ([IC, 0,23-1,09], $p=0.083$).

Logemann et al.²⁸ también realizaron un ECA, esta vez con diseño cruzado en 711 personas con demencia y/o enfermedad de Parkinson. Las intervenciones que aplicaron fueron: postura de barbilla hacia abajo con líquidos claros, líquidos de viscosidad néctar y líquidos con viscosidad miel sin ajuste postural. Logemann et al.²⁸ evaluaron las aspiraciones que se producían con cada una de las intervenciones mediante videofluoroscopia. En general, un número significativamente mayor de participantes aspiraban en líquidos claros a pesar de usar la postura de la barbilla hacia debajo que cuando se administraban líquidos de viscosidad néctar (68 % vs 63 %; $p < 0,001$) o líquidos de viscosidad miel (68 % vs 53 %; $p < 0,0001$). Además, un número significativamente mayor de participantes aspiraban con líquidos de viscosidad néctar que con líquidos de viscosidad miel (63 % vs 53 %, $p < 0,0001$).

3.2. Sondas de alimentación

La tabla 2 muestra 7 estudios que evalúan el manejo de la disfagia mediante sondas de alimentación.

ESTUDIO	AUTOR Y AÑO	DISEÑO	N	INTERVENCIÓN	HALLAZGOS
4	Kuo et al. ³⁰ (2009)	Estudio descriptivo observacional	*	GEP/No GEP	Daño. Los individuos alimentados por GEP eran significativamente más probables de sufrir al menos una hospitalización en los últimos 3 meses ($p<0,01$) y al menos una visita a urgencias ($p<0,01$) en comparación con aquellos que no tenían GEP. La tasa de mortalidad en el primer año era del 64,1%, con una supervivencia media de 56 días tras la inserción del tubo de alimentación.
5	Nair et al. ³¹ (2000)	Estudio prospectivo observacional	88	GEP/No GEP	Daño. La mortalidad en las personas sometidas a GEP fue del 44% respecto 26% en los no alimentados a través de GEP ($p=0,03$)
6	Gaines et al. ³² (2009)	Estudio prospectivo observacional	190	GEP	Daño. La media de supervivencia de las personas con demencia o deterioro cognitivo significativo fue de 53 días y en las personas sin estos diagnósticos de 78 días ($p=0,85$)
7	Peck et al. ³³ (1990)	Estudio de cohortes observacional	104	SNG, GEP y sondas de yeyunostomía/No sondas de alimentación	Daño. Las neumonías por aspiración se produjeron con más frecuencia en el grupo con sondas de alimentación (58% vs 17%; $p<0,01$)
8	Kumagai et al. ³⁴ (2012)	Estudio descriptivo observacional	261	GEP/SNG	Beneficio. Los individuos sometidos a GEP tenían una mayor tasa de supervivencia que a los que se les implantaba una SNG ($p=0,019$)
9	Álvarez et al. ³⁵ (2005)	Estudio de cohortes prospectivo observacional	67	SNG	Daño. La aparición de neumonía fue notablemente más común en las personas con SNG (40% vs 12,8%; $p=0,01$)
10	Mitchell et al. ³⁶ (1997)	Estudio de cohortes prospectivo observacional	1386	GEP/No GEP	No relación. La supervivencia no fue diferente entre los grupos de residentes con o sin sondas de alimentación.

Tabla 2. Estudios que evalúan el manejo de la disfagia mediante sondas de alimentación.

*Dato no disponible

En el primero de ellos, Kuo et al.³⁰ observaron la incidencia de las inserciones de sondas de alimentación, mediante un estudio descriptivo, en las personas institucionalizadas en residencias de ancianos con demencia avanzada durante 12 meses. Ellos midieron los resultados analizando la utilización de los servicios de salud y la mortalidad tras un año de la inserción. La tasa de incidencia fue de 56/1000, siendo las razones más comunes para la inserción la neumonía por aspiración, la deshidratación y la disfagia. La tasa global de mortalidad en un año fue del 64,1 %, con una supervivencia media de 56 días tras la inserción de la sonda. Además, las personas con sondas de alimentación tenían significativamente más probabilidades de sufrir al menos una hospitalización en los últimos tres meses (40,4 vs 29,2; $p < 0,01$) y al menos una visita a urgencias (12,6 vs 9,7; $p < 0,01$).

Nair et al.³¹ en un estudio prospectivo observacional realizado en personas con demencia o deterioro cognitivo mostraron que la mortalidad a los seis meses era mayor en las personas que tenían una sonda de GEP (44 % vs 26 %, $p = 0,03$) que en los que no la tenían. Ellos observaron durante un período de 6 meses la aparición de complicaciones asociadas a la implantación de GEP.

Gaines et al.³² también realizaron un estudio prospectivo observacional en el que compararon la supervivencia de las personas con demencia o deterioro cognitivo significativo sometidos a GEP frente a personas que no tenían estos diagnósticos. Para ello, observaron la supervivencia tras la implantación de GEP y la presencia o ausencia de complicaciones relacionadas con la misma. La media de supervivencia de las personas con demencia o deterioro cognitivo significativo fue de 53 días en comparación con 78 días en las personas sin estos diagnósticos ($p = 0,85$). Además, Peck et al.³³ realizaron un estudio de cohortes observacional y mostraron que el 58 % de las personas con demencia y tubos de alimentación sufrían neumonías por aspiración en comparación con el 16% de los alimentados por vía oral a los seis meses ($p < 0,01$).

Por otro lado, Kumagai et al.³⁴ observaron durante 6 meses que la tasa de supervivencia de las personas sometidas a GEP era mayor que a los que se les implantaba una SNG ($p = 0,019$). Sin embargo, un estudio de cohortes prospectivo observacional comparaba la efectividad de la SNG frente a su no implantación. Según Álvarez et al.³⁵, la aparición de neumonía era más común en personas con SNG que en los que no la tenían implantada (40 % vs 12,8 %, $p = 0,01$; OR: 4,4, IC 95%, 1,3 a 16,3). Para este análisis de la supervivencia utilizaron el método de

Kaplan-Meier. Por último, Mitchell et al.³⁶ evaluaron la eficacia de la GEP frente a su no implantación en personas con demencia o deterioro cognitivo avanzado durante 24 meses. Para ello, realizaron un estudio de cohortes prospectivo observacional y concluyeron que la supervivencia no fue diferente entre los residentes con y sin sondas de alimentación.

3.3. Medicamentos

La tabla 3 muestra los estudios que evalúan el manejo de la disfagia mediante medicamentos: neurolépticos y benzodiacepinas, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) y antagonistas de la dopamina, trochisci capsaicina y Banxia Houpu Tang (BHT).

ESTUDIO	AUTOR Y AÑO	DISEÑO	N	INTERVENCIÓN	HALLAZGOS
11	Wada et al. ³⁷ (2001)	Estudio de cohortes	8	Neurolépticos	Daño. El tiempo de latencia media del reflejo de deglución después de la toma de neurolépticos fue significativamente más largo que antes de la toma de éstos ($p<0,05$)
11	Wada et al. ³⁷ (2001)	Estudio de cohortes	9	Benzodiacepinas	Daño. El tiempo de latencia media del reflejo de deglución después de la toma de benzodiacepinas fue más largo que antes de la toma de éstos, pero no fue significativo ($p=0,10$)
12	Yamaguchi et al. ³⁸ (2010)	Serie de casos	3	IECA y antagonistas de la dopamina	Beneficio. Los antagonistas de la dopamina y los IECA prolongaron la ingesta oral por 7 meses a 2 años, retrasando la alimentación por sonda.
13	Ebihara et al. ³⁹ (2005)	ECA	32	Trochisci capsaicina	Beneficio. A las cuatro semanas el tiempo de latencia del reflejo de deglución en los participantes tratados con trochisci capsaicina fue significativamente más corto que en el grupo control ($p<0,05$)
13	Ebihara et al. ³⁹ (2005)	ECA	32	Placebo	
14	Iwasaki et al. ⁴⁰ (2007)	ECA	547	Medicina china tradicional. Fórmula de magnolia et Pinelliae-BHT	Beneficio. El tratamiento con BHT redujo el riesgo de neumonía y la mortalidad por neumonía en los ancianos con demencia. El riesgo relativo de neumonía en el grupo de BHT en comparación con el control fue de 0,51 ($p=0,008$) y el riesgo relativo de muerte por neumonía fue de 0,41 ($p=0,06$)
14	Iwasaki et al. ⁴⁰ (2007)	ECA	548	Placebo	

Tabla 3. Estudios que evalúan el manejo de la disfagia mediante medicamentos.

Wada et al.³⁷ afirmaban en un estudio de cohortes que la latencia media del reflejo de deglución en las personas con enfermedad de Alzheimer después de la toma de neurolépticos era significativamente más largo que antes de la toma de los mismos ($p < 0,05$). Sin embargo, no hubo diferencia significativa en la latencia media del reflejo de deglución antes y después de la ingesta de benzodiacepinas ($p = 0,10$)

Por otro lado, Yamaguchi et al.³⁸ presentaron tres casos en el que el uso de agonistas de la dopamina e IECA prolongaba la ingesta oral, retrasando la alimentación por sonda durante un periodo de 7 meses a 2 años. Dos de las personas, tenían enfermedad de Alzheimer y la tercera persona padecía demencia vascular. Yamaguchi et al.³⁸ afirmaban que estos medicamentos podían reducir el riesgo de neumonía por aspiración, mejorar la deglución y el reflejo de la tos.

Ebihara et al.³⁹ realizaron un ECA en personas con deterioro cognitivo o demencia. A las cuatro semanas, el tiempo de latencia del reflejo de deglución en los participantes tratados con trochisci capsaicina fue significativamente más corto que en el grupo control ($p < 0,05$)

Iwasaki et al.⁴⁰ realizaron un ECA utilizando la medicina china tradicional. El tratamiento con BHT redujo el riesgo de neumonía y la mortalidad por neumonía en los ancianos con demencia. El riesgo relativo de neumonía en el grupo de BHT en comparación con el grupo control fue de 0,51 ($p = 0,008$) y el riesgo relativo de muerte por neumonía fue de 0,41 ($p = 0,06$).

4. DISCUSIÓN

4.1. Fisioterapia. Corrección postural y modificación en la viscosidad de los líquidos

Bautmans et al.²⁹ señalaban que la movilización en la columna cervical mejoraba significativamente la capacidad de ingestión en las personas con demencia avanzada. Sin embargo, tan sólo disponemos de un ensayo clínico que evalúe la efectividad de esta intervención, no permitiéndonos establecer conclusiones claras al respecto.

Por otro lado, los trabajos de Robbins et al.²⁷ y Logemann et al.²⁸, nos muestran hallazgos totalmente distintos. Claramente, sorprende la heterogeneidad en los resultados, no permitiéndonos establecer conclusiones al respecto. A pesar

de esto, revisiones como las de Alagiakrishnan et al.¹⁸ apuntan en la misma dirección que nosotros. Aunque existe mucha controversia respecto al éxito de la postura de la barbilla hacia abajo como intervención preventiva⁶, es una de las intervenciones más comunes dentro de las modificaciones posturales⁹. Además, la evidencia disponible es escasa y parece discrepar respecto al uso clínico de líquidos espesos y sus beneficios en el estado nutricional y la reducción del riesgo de neumonía¹³. Los datos disponibles sobre la efectividad de este tipo de intervenciones es limitada^{2,9,25}.

4.2. Sondas de alimentación

La nutrición a través de sondas es una práctica común en las personas con demencia avanzada^{3,4} a pesar de que existe poca evidencia que apoye esta práctica⁴¹. Las sondas de alimentación parece ser que no reducen la incidencia de neumonía^{16,23,42}, no mejoran los marcadores nutricionales ni contribuyen a una mejora del estado de las úlceras por presión²³. Además, no se han encontrado hasta la actualidad datos que sugieran que las sondas de alimentación prolonguen la supervivencia de las personas o mejore la calidad de vida^{16,43}.

No obstante, parecen existir razones éticas y cuestiones morales complejas que influyen en la toma de decisiones respecto al uso de las sondas de alimentación. Quizás sea la razón de mayor peso que justifique su frecuente implantación^{4,44}. Los familiares y los profesionales de la salud se enfrentan a decisiones difíciles que generan grandes dilemas éticos en torno a esta cuestión. Las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias en etapas avanzadas no pueden expresar sus opiniones o creencias respecto a su calidad de vida. Son entonces los familiares los encargados de tomar decisiones y de valorar las percepciones y creencias previas que la persona afectada pudo haber expresado^{21,45}. Además, quizás suponga un menor esfuerzo para las enfermeras y para el resto del equipo de salud la implantación de sondas de alimentación que la realización de otras intervenciones que requieran mayor dedicación y tiempo (modificación en la viscosidad de los líquidos y corrección postural).

Por otra parte, según los hallazgos encontrados por Kuo et al.³⁰, Nair et al.³¹, Gaines et al.³², Peck et al.³³, Álvarez et al.³⁵ respecto al uso de las sondas de alimentación, podríamos afirmar que no benefician a las personas con demencia. De

hecho, trabajos realizados como el de Candy et al.⁴, Finucane et al.⁴⁶ y Lacey et al.²⁴ se sitúan en la misma línea que nosotros.

Sin embargo, en un estudio prospectivo observacional realizado por Mitchell et al.³⁶ en personas con demencia severa o deterioro cognitivo significativo no encontraron diferencias en la supervivencia con la colocación de sondas de alimentación. Esto quizás pudo deberse al número de personas incluidas en cada uno de los grupos estudiados: tan sólo 135 personas fueron incluidos en el grupo intervención de los 1386 participantes que hubo en total.

Por otro lado, Kumagai et al.³⁴ comparaba el uso de la GEP con la SNG y aunque sus hallazgos fueron estadísticamente significativos, no podríamos afirmar que la tasa de supervivencia es mayor en los individuos sometidos a GEP que los sometidos a SNG, porque tan sólo un estudio nos habla al respecto, no permitiéndonos establecer conclusiones en este sentido.

4.3. Medicamentos

El manejo de la disfagia mediante la administración de medicamentos, quizás sea una de las áreas menos estudiada y más heterogénea por los diferentes medicamentos utilizados. Según Wada et al.³⁷ el uso de neurolépticos y benzodiacepinas perjudica a las personas afectadas por disfagia. Sin embargo, Ebihara et al.³⁹ e Iwasaki et al.⁴⁰ afirman que el uso de capsaicina y BHT produce respectivamente beneficios en personas con demencia y disfagia. Pero aun así, no podemos establecer conclusiones definitivas al respecto por la falta de estudios que nos permitan analizar mejor la efectividad de estas intervenciones. Además, el número de participantes incluidos en estos estudios que evalúan la efectividad de los medicamentos, por lo general, es muy reducido.

Por otro lado, Yamaguchi et al.³⁸ afirman que los antagonistas de la dopamina y los IECA benefician en cierta medida a este tipo de personas. De hecho, Ney et al.¹⁶ señalaban en su revisión que los ancianos afectados por disfagia y tratados con IECA, aun no siendo éstos hipertensos, muestran las tasas más bajas de neumonía. Sin embargo, tampoco podríamos establecer conclusiones al respecto, por la falta de estudios que apoyen estas intervenciones.

4.4. Principales aportaciones

Hemos encontrado 5 estrategias para el abordaje de la disfagia. La alimentación a través de sondas es la más utilizada, sin embargo, parece no aportar muchos beneficios a las personas con demencia. Los estudios analizados parecen apuntar a que no hay mejoría en la supervivencia y ninguna disminución en el riesgo de aspiración en las personas con demencia avanzada, por lo que podríamos considerar las sondas de alimentación como una práctica desaconsejada.

La investigación disponible no permite establecer conclusiones definitivas respecto al resto de intervenciones identificadas: fisioterapia, correcciones posturales, modificación en la viscosidad de los líquidos y medicamentos. El aumento en la viscosidad de los líquidos puede ser útil en las personas con demencia¹³, pero las modificaciones posturales quizás son más difíciles de aplicar, sobre todo en las etapas más avanzadas de la demencia, ya que es necesario que éstos entiendan las instrucciones que se van dando en todo momento. Por lo tanto, sería interesante la realización de estudios que nos aclaren que es más eficaz en la gestión de la disfagia por separado, sin combinación de estas dos estrategias. Los IECA y los antagonistas de la dopamina, trochisci capsaicina y BHT parecen tener beneficios en la gestión de la disfagia. Por el contrario, se ha demostrado que el uso de los neurolépticos aumenta el tiempo de latencia en la deglución y el riesgo de neumonía por aspiración, no beneficiando a las personas con demencia y disfagia. Por lo tanto, sería necesario, la realización de más estudios que demuestren la eficacia o no de los mismos, pues actualmente, existe poca evidencia para recomendar o desaconsejar el uso de ciertos fármacos y sustancias.

4.5. Limitaciones del estudio

El número reducido de estudios incluidos podría ser una de las limitaciones de esta revisión sistemática. Además, son pocos los ECA incluidos siendo gran parte de ellos estudios observacionales que carecen de poder para inferir relaciones de causalidad.

Es destacable la gran heterogeneidad en varios sentidos. Por una parte, las intervenciones que incluyen los estudios son muy variadas y eso dificulta la explicación y la discusión de los resultados encontrados. También, existen contradicciones entre los hallazgos que reflejan los estudios, no siendo posible en

numerosas ocasiones establecer conclusiones claras. Además, hay una gran variedad en el diseño de los estudios (ensayos clínicos, estudios observacionales, estudios de cohortes y serie de casos) y en las medidas de resultados (volumen máximo de agua que podía ser tragado, diagnóstico de neumonía, aspiraciones que se producían, utilización de los servicios de salud, mortalidad, aparición de complicaciones, supervivencia, aparición de neumonías por aspiración, latencia media del reflejo de deglución y periodo de postergación de sondas de alimentación) utilizadas por los autores.

Una limitación de este estudio es que no hemos procedido a evaluar la calidad metodológica de los estudios incluidos. Podríamos haber incluido sólo ensayos clínicos y mediante esto podríamos haber eliminado los sesgos de selección y medición. Sin embargo, el número de estudios incluidos en este presente trabajo se hubiera reducido dramáticamente y hubiera sido imposible aportar información de investigación sobre algunas de las estrategias de abordaje de la disfagia. No obstante, pensamos que se debería realizar en un futuro revisiones sistemáticas con meta-análisis que aborden este tema.

5. CONCLUSIONES

Esta revisión sistemática, aporta datos similares a otras revisiones ya realizadas como las de Gómez-Busto et al.¹¹ y Alagiakrishnan et al.¹⁸, apoyando lo conocido. El uso de las sondas de alimentación es muy frecuente pero, al igual que muchos autores publican, desaconsejamos esta práctica. Sería recomendable utilizar otras estrategias que se han demostrado más eficaces como el aumento en la viscosidad de los líquidos y la corrección postural. No obstante, la realización de estudios que nos aclaren mejor la eficacia de estas intervenciones, sin duda, sería interesante y necesario.

Sería conveniente introducir los resultados, hallazgos y recomendaciones que éste y otros trabajos aportan, en la práctica asistencial y en los servicios de atención socio-sanitaria. Así mismo, resulta importantísimo aumentar el grado de concienciación entre cuidadores formales e informales sobre este problema de gran prevalencia en nuestra población, pues la disfagia es considerada por algunos autores como un síndrome infradiagnosticado y con enormes repercusiones.

A pesar de las limitaciones que nuestro estudio presenta, creemos que los hallazgos encontrados podrían ser de utilidad especialmente en el sentido de: tomar conciencia del problema, reducir el uso de sondas de alimentación, formarse en el uso de otras estrategias alternativas a la implantación de sondas, evaluar los resultados conseguidos y monitorizar los planes de cuidados, incluir este problema en los planes de formación de las unidades médico-quirúrgicas, residenciales y espacio socio-sanitario, disponer de estrategias de apoyo a cuidadores familiares de naturaleza educativa para el manejo de este problema y elaborar materiales educativos para apoyar este plan de acción global sobre cuidadores formales e informales.

6. BIBLIOGRAFÍA

- (1) Morris H. Dysphagia in the elderly--a management challenge for nurses. *Br J Nurs* 2006 May 25-Jun 7;15(10):558-562.
- (2) Sura L, Madhavan A, Carnaby G, Crary MA. Dysphagia in the elderly: management and nutritional considerations. *Clin Interv Aging* 2012;7:287-298.
- (3) Stach CB. Vascular dementia and dysphagia. *Topics in Stroke Rehabilitation* 2000;7(3):1-10.
- (4) Candy B, Sampson EL, Jones L. Enteral tube feeding in older people with advanced dementia: findings from a Cochrane systematic review. *Int J Palliat Nurs* 2009 Aug;15(8):396-404.
- (5) Forster A, Samaras N, Gold G, Samaras D. Oropharyngeal dysphagia in older adults: A review. *European Geriatric Medicine* 2011;2(6):356-362.
- (6) Sue Eisenstadt E. Dysphagia and aspiration pneumonia in older adults. *J Am Acad Nurse Pract* 2010 Jan;22(1):17-22.
- (7) Barratt JA. Ensuring good nutrition in dementia care. *Reviews in Clinical Gerontology* 2004;14(3):247-251.
- (8) Chia-Chi Chang, Roberts B, L. Strategies for feeding patients with dementia. *Am J Nurs* 2011 04;111(4):36-46.

- (9) Crary MA, Groher ME. Reinstating oral feeding in tube-fed adult patients with dysphagia. *Nutrition in Clinical Practice* 2006;21(6):576-586.
- (10) Forster A, Samaras N, Notaridis G, Morel P, Hua-Stolz J, Samaras D. Assessment and screening of deglutition disorders in geriatric patients. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Geriatrie* 2013;13(74):107-116.
- (11) Gomez-Busto F, Andia V, Ruiz de Alegria L, Frances I. Approach to dysphagia in advanced dementia. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2009 Nov;44 Suppl 2:29-36.
- (12) Achem SR, DeVault KR. Dysphagia in aging. *J Clin Gastroenterol* 2005;39(5):357-371.
- (13) Hines S, McCrow J, Abbey J, Gledhill S. Thickened fluids for people with dementia in residential aged care facilities. *Int J Evid Based Healthc* 2010 Dec;8(4):252-255.
- (14) Chang CC, Roberts BL. Feeding difficulty in older adults with dementia. *J Clin Nurs* 2008 Sep;17(17):2266-2274.
- (15) DiBartolo MC. Careful hand feeding: a reasonable alternative to PEG tube placement in individuals with dementia. *J Gerontol Nurs* 2006 May;32(5):25-33; quiz 34-5.
- (16) Ney DM, Weiss JM, Kind A, Robbins J. Senescent swallowing: impact, strategies, and interventions. *Nutr Clin Pract* 2009 2009;24(3):395-413.
- (17) Gómez-Cabello A, Vicente Rodríguez G, Vila-Maldonado S, Casajús J, Ara I. Envejecimiento y composición corporal: la obesidad sarcopénica en España. *Nutrición Hospitalaria* 2012;27(1).
- (18) Alagiakrishnan K, Bhanji RA, Kurian M. Evaluation and management of oropharyngeal dysphagia in different types of dementia: a systematic review. *Arch Gerontol Geriatr* 2013 Jan-Feb;56(1):1-9.
- (19) Marik PE. Pulmonary aspiration syndromes. *Curr Opin Pulm Med* 2011;17(3):148-154.

- (20) Smith TL, Sun MM, Pippin J. Characterizing process control of fluid viscosities in nursing homes. *J Am Diet Assoc* 2004;104(6):969-971.
- (21) Eggenberger SK, Nelms TP. Artificial hydration and nutrition in advanced Alzheimer's disease: facilitating family decision-making. *J Clin Nurs* 2004 Sep;13(6):661-667.
- (22) Zabal JR, Aisa AP. Disfagia orofaríngea. *Revista andaluza de patología digestiva* 2012;35(1):29-35.
- (23) Sharp HM, Shega JW. Feeding tube placement in patients with advanced dementia: the beliefs and practice patterns of speech-language pathologists. *Am J Speech Lang Pathol* 2009 Aug;18(3):222-230.
- (24) Lacey D. Tube feeding in advanced Alzheimer's disease: when language misleads. *Am J Alzheimers Dis Other Dement* 2004 Mar-Apr;19(2):125-127.
- (25) Ashford J, McCabe D, Wheeler-Hegland K, Frymark T, Mullen R, Musson N, et al. Evidence-based systematic review: Oropharyngeal dysphagia behavioral treatments. Part III--impact of dysphagia treatments on populations with neurological disorders. *J Rehabil Res Dev* 2009;46(2):195-204.
- (26) Keller H, Chambers L, Niezgoda H, Duizer L. Issues associated with the use of modified texture foods. *Journal of Nutrition, Health and Aging* 2012;16(3):195-200.
- (27) Robbins J, Gensler G, Hind J, Logemann JA, Lindblad AS, Brandt D, et al. Comparison of 2 interventions for liquid aspiration on pneumonia incidence: a randomized trial. *Ann Intern Med* 2008 Apr 1;148(7):509-518.
- (28) Logemann JA, Gensler G, Robbins J, Lindblad AS, Brandt D, Hind JA, et al. A randomized study of three interventions for aspiration of thin liquids in patients with dementia or Parkinson's disease. *J Speech Lang Hear Res* 2008 Feb;51(1):173-183.
- (29) Bautmans I, Demarteau J, Cruts B, Lemper JC, Mets T. Dysphagia in elderly nursing home residents with severe cognitive impairment can be attenuated by cervical spine mobilization. *J Rehabil Med* 2008 Oct;40(9):755-760.

- (30) Kuo S, Rhodes RL, Mitchell SL, Mor V, Teno JM. Natural history of feeding-tube use in nursing home residents with advanced dementia. *J Am Med Dir Assoc* 2009 May;10(4):264-270.
- (31) Nair S, Hertan H, Pitchumoni C. Hypoalbuminemia is a poor predictor of survival after percutaneous endoscopic gastrostomy in elderly patients with dementia. *Am J Gastroenterol* 2000;95(1):133-136.
- (32) Gaines DI, Durkalski V, Patel A, DeLegge MH. Dementia and cognitive impairment are not associated with earlier mortality after percutaneous endoscopic gastrostomy. *JPEN J Parenter Enteral Nutr* 2009 Jan-Feb;33(1):62-66.
- (33) Peck A, Cohen CE, Mulvihill MN. Long-term enteral feeding of aged demented nursing home patients. *J Am Geriatr Soc* 1990.
- (34) Kumagai R, Kubokura M, Sano A, Shinomiya M, Ohta S, Ishibiki Y, et al. Clinical evaluation of percutaneous endoscopic gastrostomy tube feeding in Japanese patients with dementia. *Psychiatry Clin Neurosci* 2012 Aug;66(5):418-422.
- (35) Alvarez-Fernandez B, Garcia-Ordonez MA, Martinez-Manzanares C, Gomez-Huelgas R. Survival of a cohort of elderly patients with advanced dementia: nasogastric tube feeding as a risk factor for mortality. *Int J Geriatr Psychiatry* 2005 Apr;20(4):363-370.
- (36) Mitchell SL, Kiely DK, Lipsitz LA. The risk factors and impact on survival of feeding tube placement in nursing home residents with severe cognitive impairment. *Arch Intern Med* 1997 Feb 10;157(3):327-332.
- (37) Wada H, Nakajoh K, Satoh-Nakagawa T, Suzuki T, Ohru T, Arai H, et al. Risk factors of aspiration pneumonia in Alzheimer's disease patients. *Gerontology* 2001 Sep-Oct;47(5):271-276.
- (38) Yamaguchi H, Maki Y, Maki Y. Tube feeding can be discontinued by taking dopamine agonists and angiotensin-converting enzyme inhibitors in the advanced stages of dementia. *J Am Geriatr Soc* 2010 Oct;58(10):2035-2036.

- (39) Ebihara T, Takahashi H, Ebihara S, Okazaki T, Sasaki T, Watando A, et al. Capsaicin troche for swallowing dysfunction in older people. *J Am Geriatr Soc* 2005;53(5):824-828.
- (40) Iwasaki K, Kato S, Monma Y, Niu K, Ohnishi T, Okitsu R, et al. A pilot study of Banxia Houpu Tang, a traditional Chinese medicine, for reducing pneumonia risk in older adults with dementia. *J Am Geriatr Soc* 2007 DEC 2007;55(12):2035-2040.
- (41) Smith HA, Kindell J, Baldwin RC, Waterman D, Makin AJ. Swallowing problems and dementia in acute hospital settings: practical guidance for the management of dysphagia. *Clin Med* 2009 Dec;9(6):544-548.
- (42) Shigemitsu H, Afshar K. Aspiration pneumonias: Under-diagnosed and under-treated. *Curr Opin Pulm Med* 2007;13(3):192-198.
- (43) Janssens J-, Krause K-. Pneumonia in the very old. *Lancet Infectious Diseases* 2004;4(2):112-124.
- (44) Freeman C, Ricevuto A, DeLegge MH. Enteral nutrition in patients with dementia and stroke. *Curr Opin Gastroenterol* 2010 Mar;26(2):156-159.
- (45) Palecek EJ, Teno JM, Casarett DJ, Hanson LC, Rhodes RL, Mitchell SL. Comfort feeding only: a proposal to bring clarity to decision-making regarding difficulty with eating for persons with advanced dementia. *J Am Geriatr Soc* 2010 Mar;58(3):580-584.
- (46) Finucane TE, Bynum JPW. Use of tube feeding to prevent aspiration pneumonia. *Lancet* 1996;348(9039):1421-1424.

7. ANEXO 1

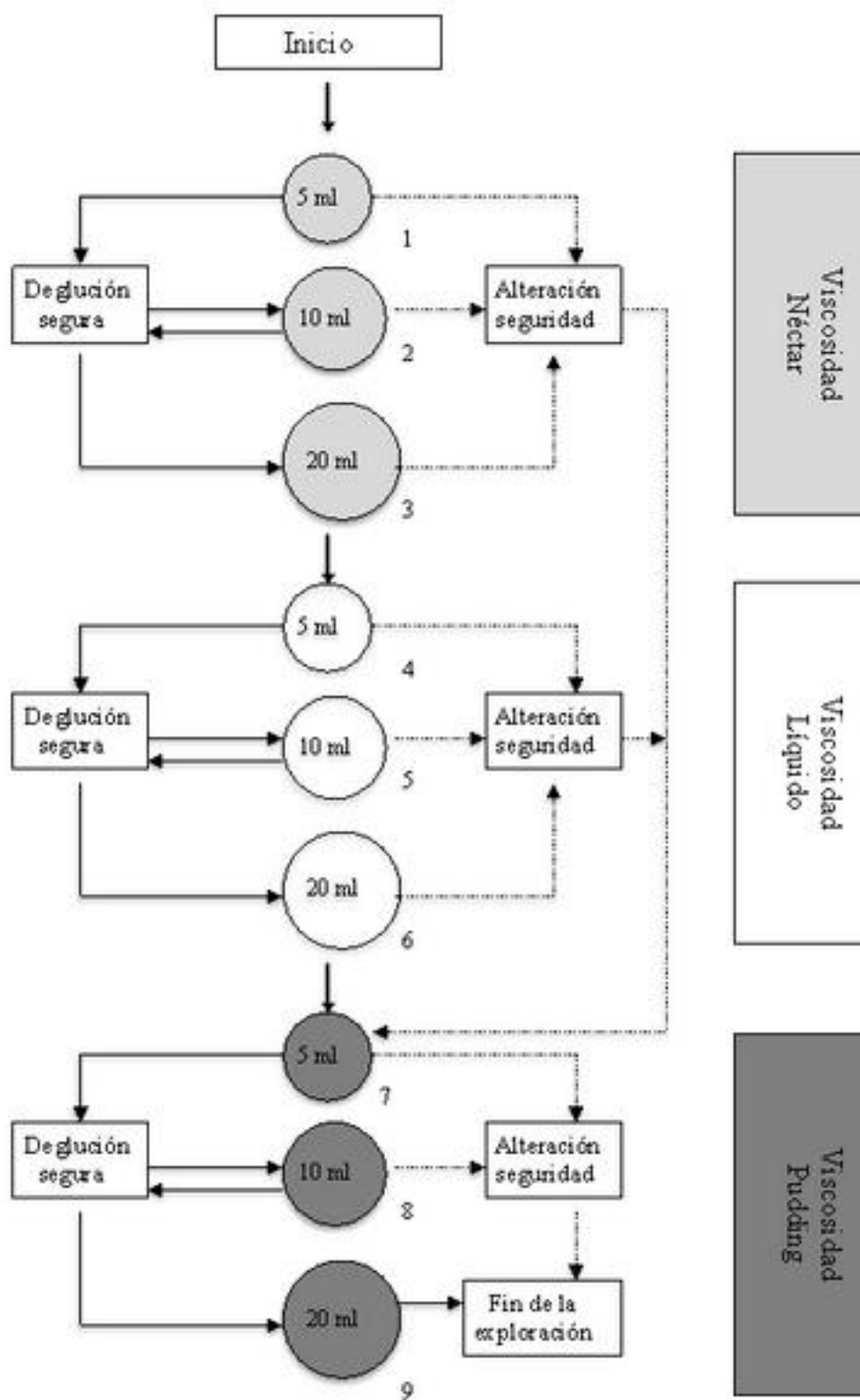


Figura 4. Algoritmo del MECV-V. Fuente: Zabal JR, Aisa AP. Disfagia orofaríngea. Revista andaluza de patología digestiva 2012;35(1):29-35.