

ORL. LAS CARENCIAS DIAGNÓSTICAS SON DEBIDAS A QUE ESTE SÍNTOMA NO SE TIENE EN CUENTA

La mortalidad se multiplica tras infarto cerebral si hay disfagia

→ La disfagia es un síntoma compartido por muchas enfermedades, entre las que se encuentran patologías neurológicas, oncológicas y ge-

riátricas. En un curso de la Fundación Jiménez Díaz, de Madrid, Raimundo Gutiérrez ha citado la poca atención que se presta a su diagnóstico.

■ José A. Plaza

La disfagia se ha convertido en un síntoma a veces invisible. Está ligada a diversas enfermedades (Parkinson, esclerosis lateral amiotrófica, Alzheimer, tumores de cabeza y cuello, accidentes cerebrovasculares, entre otras), y la falta de diagnóstico, que deriva en complicaciones más graves, lastra el manejo del paciente.

El objetivo del curso organizado por la Fundación Jiménez Díaz (FJD), de Madrid, es informar a los profesionales implicados: conocer la importancia de la disfagia, sospechar de su aparición, mejorar su diagnóstico y, más que el tratamiento, optimizar el manejo del paciente afectado. Raimundo Gutiérrez, de la Unidad de Disfagia de la FJD, ha explicado que, "al existir dificultades para tragar, el paciente come menos de lo que debe, se desnutre y deshidrata. Pero el problema puede ser mayor, ya que el alimento se puede desviar hacia el pulmón y provocar neumonía".

De hecho, un porcentaje muy alto de casos con ictus



Raimundo Gutiérrez, de la Fundación Jiménez Díaz, en Madrid.

fallecen de neumonía por aspiración. El problema es que la disfagia "pasa muchas veces inadvertida y no se le da la importancia que merece". Gutiérrez la define

como síntoma y cita a los enfermos neurológicos como los principales afectados. Según añade, "su diagnóstico puede mejorar y mucho. El problema es que muchas veces ni siquiera se piensa en la disfagia; los pacientes pasan por el médico con insuficiencia respiratoria de repetición, pero el profesional no sospecha esta posibilidad". En el fondo hay una "preocupante falta de conciencia en el ámbito hospitalario" que los profesionales deben cambiar por una mayor inquietud por valorar y estudiar este síntoma.

Existen numerosas exploraciones para detectarlo, pero la más común es la videofluoroscopia, que consiste en una prueba de deglución con diferentes consistencias y volúmenes. Hay más pruebas diagnósticas, algunas de las cuales aún no han llegado a España. Hace dos semanas se celebró en Carolina del Sur (Estados Unidos) el congreso de la Sociedad de Investigación en Disfagia, donde Gutiérrez asistió a una presentación de la hiperangiometría esofágica, una prueba que en España aún no está estandarizada. Aun en el caso de las herramientas disponibles, la realidad española es mejorable: apenas hay diez centros en los que se practica la videofluoroscopia. Básicamente el diagnóstico se produce tarde. El proceso "no comienza con un paciente con disfagia al que se le diagnostica una enfermedad, sino al revés. El siguiente paso es investigar cómo se ha producido para saber tratarla".

Hasta diez veces más

La necesidad de mejorar el diagnóstico se apoya en datos alarmantes: quienes no tienen disfagia en casos de infarto cerebral presentan una mortalidad intrahospitalaria de un 7 por ciento, frente a un 35 por ciento en los casos de disfagia. Tras el alta, los porcentajes empeoran: durante los siguientes meses se pasa de un 4 por ciento de mortalidad sin disfagia hasta casi un 50 por ciento con ella.

TERAPIA REHABILITADORA

En cuanto al tratamiento, la disfagia se aborda con un enfoque rehabilitador y con cambios de hábitos dietéticos. Si se logra diagnosticar que un paciente sufre aspiraciones pulmonares con líquidos, será posible utilizar espesantes en los alimentos y preparar maniobras de rehabilitación: fortaleciendo la musculatura en la base de la lengua y trabajando en cambios posturales, entre otras opciones, se pueden evitar mayores problemas y la necesidad de una gastrostomía.

NEUROLOGÍA GRACIAS A LA PLASTICIDAD EN LA INTERCONEXIÓN DE LAS CÉLULAS NERVIOSAS

La memoria que permite retener información útil a corto plazo se debe a la sinapsis y no a la actividad neuronal

■ DM

Nueva York

La memoria trabajadora (a corto plazo) es la que permite retener la información que se necesita para al poco tiempo tomar una decisión; este tipo de memoria por ejemplo almacena el límite de velocidad que aparece en una señal de tráfico y con la que, en consecuencia, se adapta la conducción. Según señala la explica-

ción más aceptada, este tipo de memoria se produce gracias a la acción constante de determinadas neuronas: ciertas células nerviosas que responden al estímulo se envían entre ellas señales constantes, incluso una vez que dicho estímulo externo ha desaparecido, y de esta forma mantienen la memoria. Esta hipótesis ha sido revisada en un trabajo que se

publica hoy en *Science*.

Gianluigi Mongillo, del Centro Nacional de la Investigación Científica, en París, junto con otros investigadores del Instituto Científico Weizmann, en Rehovot (Israel), sugieren que la memoria en cuestión se almacena gracias a una eficaz sinapsis neuronal, en la que el calcio desempeña un papel importante.

Así, no es necesario que las neuronas permanezcan constantemente activadas para que pueda tener lugar la memoria trabajadora, sino que la clave reside en la plasticidad de las sinapsis neuronales. Esta nueva hipótesis también sugiere que el proceso se produce ahorrando costes metabólicos.

■ (*Science* 2008; 319: 1.543-46).

ESCAPARATE

I FÁRMACOS



TRATAMIENTO CONTRA LOS PIOJOS

Laboratorios Salvat ha presentado *Mitigal Loción y Mitigal Champú*, dos productos indicados para eliminar, de forma rápida y eficaz, los piojos y sus liendres. Su eficacia se debe al fenotrin, que destaca por su potente actividad y su seguridad, ya que se puede aplicar en niños a partir de los dos años. Ambas soluciones se presentan en frascos de 120 ml a un precio de 8 euros cada uno. Distribuye: Salvat. Tfno. 93 394 64 00.

I LIBROS

GUÍA SOBRE EL ELECTROCARDIOGRAMA

Electrocardiograma de bolsillo. Una guía rápida es un manual de fácil uso dirigido por Bruce Shade, supervisor del Servicio Médico de Urgencias de Cleveland, que recoge puntos claves para identificar las diversas arritmias y procesos cardíacos. Ha contado con la colaboración de varios especialistas de Estados Unidos. La obra se divide en once capítulos. El primero es una introducción a la localización del corazón y los electrodos. El segundo describe el proceso en nueve pasos para identificar las ondas y características normales y anormales de los trazados del electrocardiograma. Los capítulos del tres al siete se centran en las arritmias del nódulo sinusal, las aurículas y los ventrículos. El ocho presenta el concepto de eje eléctrico. Los nueve y diez, conceptos importantes para interpretar el ECG de doce derivaciones y reconocer la hipertrofia, el bloqueo de rama, la preexcitación, la lesión y la isquemia. Y el once analiza otros procesos del corazón y sus efectos sobre el ECG. Edita: McGraw-Hill. Tfno: 91 180 32 40.



CÓMO TRATAR A LOS ENFERMOS TERMINALES

Juan Manuel Núñez Olarte y Eulalia López Imedio son los directores de esta *Guía rápida de manejo avanzado de síntomas en el paciente terminal*,

cuyos autores son Raquel Moreno Díaz, María Belén Martínez Cruz, Mar Rojas Alcobendas y Begoña Sanz Llorente, todos ellos de la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Gregorio Marañón y que acumulan más de quince años de experiencia. El libro se divide en ocho capítulos en los que se habla de los principios generales de control de síntomas, del manejo del dolor difícil oncológico, de la sedación paliativa y terminal, de los manejos de la agonía, los síntomas cutáneos, los síntomas neuropsiquiátricos, los digestivos y la sintomatología respiratoria. Es una obra con orientaciones terapéuticas y con un enfoque práctico al incluir tablas y gráficos explicativos. Edita: Panamericana. Tfno. 91 131 78 00.

