

## Original

# Utilidad de implantar un programa de atención a la disfagia en un hospital de media y larga distancia

M. I. Ferrero López<sup>1</sup>, E. Castellano Vela<sup>2</sup> y R. Navarro Sanz<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Diplomada en Enfermería. Unidad de Dietética y Nutrición. <sup>2</sup>Médico Internista. Área Médica Integral. Hospital Pare Jofré. Agencia Valenciana de Salud. Consellería de Sanitat. Valencia. España.

## Resumen

**Objetivos:** Describir en un Hospital de Media y Larga Estancia (HMLE) los resultados iniciales tras la implantación de un programa de valoración e intervención sobre la disfagia y conocer que variables mostraban diferencias significativas entre los enfermos con y sin disfagia así detectados.

**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de la valoración realizada a los pacientes con sospecha de disfagia y de la intervención posterior en los que esta se confirmó. Se usó para dicha valoración un método clínico estandarizado que utiliza diferentes viscosidades y volúmenes. Tras su confirmación se llevaron a cabo cuidados dietéticos, posturales y formativos. Se recogieron variables demográficas, clínicas y de laboratorio.

**Resultados:** Se incluyó a 146 pacientes, describiéndose sus correspondientes valoraciones y las intervenciones en los 110 que presentaron disfagia. Esto representó una prevalencia de disfagia del 14,8% de los pacientes ingresados. En el análisis univariante entre los pacientes con y sin disfagia, los primeros presentan al ingreso mayor presencia de sonda de alimentación ( $p < 0,011$ ) y menor proporción de deterioro cognitivo leve ( $p < 0,048$ ); y al alta menor recuperación funcional ( $p < 0,01$ ) y mayor presencia de sonda de alimentación ( $p < 0,028$ ), de desnutrición ( $p < 0,01$ ) y de mortalidad ( $p < 0,02$ ).

**Conclusiones:** Para mejorar la calidad asistencial en HMLE es recomendable la implantación de un programa de atención a la disfagia, dada su frecuente presencia e importantes repercusiones clínicas. La disfagia detectada se relacionó con la presencia de sonda de alimentación y tuvo claras implicaciones evolutivas a nivel funcional, nutricional y de pronóstico vital.

(Nutr Hosp. 2009;24:588-595)

DOI:10.3305/nh.2009.24.5.4489

Palabras clave: *Disfagia. Enfermo geriátrico. Hospital de Media y Larga Estancia. Valoración clínica. Intervención nutricional y formativa.*

**Correspondencia:** M.ª Isabel Ferrero López.  
Unidad de Dietética y Nutrición.  
Hospital Pare Jofré.  
San Lázaro, s/n.  
46017 Valencia (España).  
E-mail: ferrero\_isa@gva.es

Recibido: 8-I-2009.  
Aceptado: 9-II-2009.

## USEFULNESS OF IMPLEMENTING A DYSPHAGIA CARE PROGRAMME AT AN INTERMEDIATE AND LONG STAY HOSPITAL

### Abstract

**Objectives:** To describe the initial results of the implementation of a dysphagia assessment and intervention programme and to know which variables showed significant differences between patients with and without dysphagia detected by this way at an intermediate and long stay hospital.

**Methods:** Descriptive and retrospective study on the assessment performed to patients suspected of having dysphagia and of the subsequent intervention done on those in whom it was confirmed. A standardized clinical method using different viscosities and volumes was used. After confirming the condition, different dietary, postural, and educational cares were undertaken. Demographical, clinical, and analytical variables were registered.

**Results:** 146 patients were included, 110 of them presenting dysphagia of whom the corresponding assessments and interventions were described. This represented a dysphagia prevalence of 14.8% among all admitted patients. The univariate analysis between patients with and without dysphagia showed that the former presented at the time of admission a higher prevalence of a feeding tube ( $p = 0.011$ ) and a lower proportion of mild cognitive impairment ( $p = 0.048$ ); and at the time of hospital discharge, lower functional recovery ( $p < 0.01$ ) and higher presence of a feeding tube ( $p = 0.028$ ), hyponutrition ( $p < 0,01$ ), and mortality ( $p = 0.02$ ).

**Conclusions:** Given its frequent presentation and important clinical repercussion, and in order to improve health care quality at ILSH, the implementation of a dysphagia care programme is advisable. The dysphagia detected was correlated with the presence of a feeding tube and had clear implications on the clinical course at a functional and nutritional level and vital prognosis.

(Nutr Hosp. 2009;24:588-595)

DOI:10.3305/nh.2009.24.5.4489

Key words: *Dysphagia. Geriatric patient. Intermediate and long stay hospital. Clinical assessment. Nutritional and educational intervention.*

## Introducción

La disfagia se ha definido como la dificultad para hacer pasar el bolo alimentario desde la boca hasta el estómago. La forma más común de disfagia es la orofaríngea provocada por alteraciones neuromusculares causantes de debilidad o incoordinación, siendo su presencia habitual en determinadas enfermedades del sistema nervioso central. Así, diferentes estudios muestran una prevalencia de disfagia entre el 28 y el 73% tras un accidente cerebrovascular (ACV)<sup>1</sup>, hasta del 84% en demencias<sup>2</sup> y del 52% en enfermos de Parkinson<sup>3</sup>. Todos estos procesos afectan predominantemente a personas mayores. Además, el propio proceso de envejecimiento también va a favorecer la aparición de disfagia, habiéndose demostrado su presencia entre el 56 y el 78% de los ancianos institucionalizados<sup>4</sup>. La presencia tanto de las enfermedades neurológicas reseñadas como de ancianos frágiles es bastante habitual en HMLE.

La disfagia puede tener importantes repercusiones clínicas en los enfermos que la presentan. Por una parte, aumenta el riesgo de obstrucciones de la vía respiratoria y de aspiraciones pulmonares, frecuentes desencadenantes de neumonías e infecciones respiratorias de vías bajas. Y por otra, favorece una ingesta deficiente de nutrientes y líquidos que acaba produciendo desnutrición y deshidratación<sup>5</sup>.

Dada la existencia habitual de los factores de riesgo señalados para la presencia de disfagia en sujetos remitidos a HMLE y las graves consecuencias que ello puede generarles, establecer en dichos hospitales un programa de atención a la disfagia supondría un avance evidente en la calidad de sus cuidados. Para valorar la deglución en los pacientes con sospecha de disfagia existen diversos métodos clínicos de fácil aplicación<sup>6-8</sup>. Además, es imprescindible que tras la confirmación de la disfagia, se desencadenen varias líneas básicas de cuidados con el objetivo de evitar las graves consecuencias señaladas.

Se han publicado diversos estudios en relación con la valoración y/o intervención sobre la disfagia en diferentes ámbitos asistenciales en nuestro país<sup>9-12</sup>. Sin embargo, no existen trabajos publicados en HMLE sobre la valoración clínica de la disfagia y la intervención sistemática seguida tras su confirmación. En este estudio se plantearon como objetivos: 1) describir los resultados específicos tras la puesta en marcha de un programa de valoración de la deglución en pacientes con sospecha clínica de disfagia, así como los cuidados recomendados tras su confirmación y 2) ver si existen diferencias significativas en las variables analizadas entre los enfermos en los que se confirma la disfagia y aquellos en los que no.

## Metodología

Se realizó un estudio retrospectivo en el Área Médica Integral (AMI) del Hospital Pare Jofré de

Valencia, definido como un HMLE dentro de los recursos asistenciales del Plan de Atención Integral a las personas mayores y a los enfermos crónicos en la Comunidad Valenciana. El periodo de estudio abarcó los 14 primeros meses tras la puesta en marcha del programa de atención a la disfagia (1 de abril de 2006 a 31 de mayo de 2007). Para el análisis solo se consideraron las valoraciones iniciales de la deglución practicadas a los pacientes con sospecha de disfagia durante su primer episodio asistencial y las intervenciones posteriores en los que esta se confirmó. En resultados también se comentan brevemente aquellas valoraciones de seguimiento realizadas en los pacientes con disfagia en la valoración inicial.

El protocolo de dicho programa empieza con la detección, por parte de cualquier profesional del equipo asistencial, de enfermos con síntomas o signos de disfagia y/o afectos de enfermedades o situaciones clínicas que predispongan a su existencia (ACV, demencia, Parkinson, traumatismo craneoencefálico, neoplasia de cabeza y cuello, tumor cerebral, etc). Ante cualquiera de estas circunstancias, los enfermos son valorados a pie de cama y siempre por el mismo profesional, la enfermera responsable de la Unidad de Dietética y Nutrición del hospital, mediante el Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad (MECV-V)<sup>6</sup>. Dicha valoración se realiza con el enfermo en sedestación y monitorización continua de la saturación de oxígeno (pulsioxímetro). Se administran bolos de 5, 10 y 20 ml con viscosidades néctar, puding y líquida (agua). Se comienza por la viscosidad néctar a volumen bajo, para ir aumentando este, y se sigue el mismo procedimiento con la viscosidad puding y, finalmente, con el agua. En cada ocasión se registra si se producen signos de alteración de la seguridad (tos, descenso de la saturación basal de oxígeno mayor de un 5% y cambio del tono de voz) y/o de la eficacia (sello labial insuficiente, residuos orales o faríngeos y deglución fraccionada). Cuando se encuentra algún signo que compromete la seguridad del paciente, no se pasa ni a un volumen mayor ni a una viscosidad inferior. Se concluye que no existe disfagia cuando no se evidencian signos de alteración en la seguridad ni en la eficacia en ningún momento de la prueba. La valoración se completa con una exploración de la cavidad oral, evaluándose el estado de higiene de la boca, la dentadura, la actividad motora y sensitiva y el reflejo nauseoso.

Tras la confirmación de la disfagia se desencadenan tres tipos esenciales de cuidados: 1) Los dietéticos, que sustentándose en la información obtenida en la valoración referida, y siempre que no se contraindique la alimentación oral, empiezan por pautar una dieta específica para disfagia, con texturas, volúmenes y viscosidades adaptadas a las posibilidades de masticación y deglución de cada paciente. Las pautas de adecuación dietética se basan en guías clínicas para la disfagia de amplia aceptación internacional elaboradas por equipos multidisciplinarios<sup>13,14</sup>; 2) Los posturales, orientados fundamentalmente a mantener la sedestación y la flexión

anterior de la cabeza durante la ingesta y, en caso de hemiplejias, la rotación hacia el lado afecto. La indicación de otras maniobras deglutorias son evaluadas por la logopeda del hospital a petición de la enfermera que realiza la valoración de la deglución, en función de las características particulares de cada enfermo, y 3) Los formativos, que consisten en instruir a los cuidadores del enfermo con disfagia en el manejo de esta, entregándoles al mismo tiempo un manual de cuidados básicos en la disfagia y citándolos a posteriores sesiones grupales de formación y refuerzo de los conocimientos adquiridos.

Se registraron las siguientes variables:

1) Al ingreso: edad, sexo, servicio de procedencia, objetivo asistencial de remisión (convalecencia, larga estancia o paliativo), diagnóstico principal (según la CIE-9MC), diagnósticos secundarios favorecedores de disfagia (demencia, ACV, Parkinson y otros; es posible más de uno por paciente), capacidad funcional previa (en el mes anterior al ingreso en el hospital de remisión) y en el momento del ingreso en el AMI, medidas con el índice de Barthel<sup>15</sup> (IB; puntos), comorbilidad (mediante el índice de Charlson<sup>16</sup>; puntos), estado cognitivo según cuestionario de Pfeiffer<sup>17</sup> (se recogía si el paciente podía evaluarse o no y, en el primer caso, el grado de deterioro), presencia de sonda de alimentación enteral y estado nutricional valorado con el Mini Nutritional Assessment<sup>18</sup> (MNA; puntos y niveles) junto con tres parámetros analíticos (albúmina en g/dl, colesterol total en mg/dl y linfocitos absolutos por milímetro cúbico). El MNA no se evaluó en pacientes portadores de sonda de alimentación enteral ni en pacientes con objetivos de cuidados paliativos, y se consideró que existía desnutrición si su puntuación era inferior a 17 puntos. Para diagnosticar desnutrición debían estar alterados al menos 2 de los cuatro parámetros nutricionales recogidos, y su gravedad se valoró en función de la mayor alteración de cualquiera de los 3 parámetros analíticos referidos, según la siguiente graduación: para la albúmina se consideró desnutrición leve entre 3-3,5, moderada entre 2,1-2,9 y severa inferior a 2,1; para los linfocitos leve entre 1.201-2.000, moderada entre 800-1.200 y severa inferior a 800; y para el colesterol total leve entre 140-159, moderada entre 100-139 y severa inferior a 100.

2) Durante la estancia: aparición de complicaciones respiratorias (aspiraciones graves, neumonías o infecciones de vías respiratorias bajas; es posible más de una por paciente), intervención de logopedia y datos obtenidos en la valoración de la deglución (confirmación o no de disfagia, presencia de alteraciones en la seguridad y/o en la eficacia, recomendación sobre indicación o no de alimentación oral y volumen y viscosidad más adecuados en caso de ingesta).

3) Al alta: días de estancia, objetivo asistencial final, presencia de sonda de alimentación enteral, IB (no se recogió en los pacientes fallecidos), MNA (no se evaluó en los pacientes fallecidos o con sonda de alimenta-

ción enteral y/o con objetivo asistencial de cuidados paliativos al alta) y mortalidad.

En cuanto al análisis estadístico, se realizó primero un estudio descriptivo general de las distintas variables evaluadas, utilizando la media y la desviación típica en las variables cuantitativas continuas y la frecuencia absoluta y relativa en las cualitativas. Seguidamente, se realizó un análisis univariante atendiendo a la presencia o no de disfagia. Para valorar la existencia de asociación con las variables cualitativas se utilizó el test de la Ji cuadrado de Pearson y con las cuantitativas continuas el de la T de Student. Se empleó para el análisis estadístico el programa SPSS versión 12.0, considerándose significativos los valores de  $p$  inferiores a 0,05.

## Resultados

El estudio incluyó a 146 enfermos en los que se valoró la deglución por sospecha de disfagia mediante el MECV-V, que fueron el 19,6% del total de los 744 enfermos que ingresaron en una ocasión durante el citado periodo en el AMI. Las principales características de la muestra quedan resumidas en la tabla I. Se confirmó la presencia de disfagia en 110 de ellos, lo que supone el 75% de los evaluados y el 14,8% de los pacientes hospitalizados. Todos los pacientes procedían de hospitales de agudos. No hubo ningún paciente al que no se le pudiera realizar la valoración solicitada, permitiendo sus resultados dar unas claras recomendaciones prácticas tanto sobre las posibilidades reales de ingesta como sobre las adaptaciones necesarias si esta era posible.

Se realizaron un total de 181 valoraciones en estos 146 pacientes durante su estancia en el AMI. De ellas, 146 fueron las iniciales, y las 35 restantes fueron segundas o terceras valoraciones para conocer el curso evolutivo de la disfagia en aquellos que la presentaron en la inicial. Se evaluaron por segunda o tercera vez 28 pacientes, el 25,4% de los que presentaron disfagia en la evaluación inicial, desapareciendo la disfagia en 8 (28,6%) de ellos (en 7 ya tras la 2ª evaluación).

Las alteraciones encontradas en la valoración clínica de la deglución de los pacientes con disfagia, la indicación o no de alimentación oral y las recomendaciones aconsejadas en los volúmenes y consistencias se reflejan en la tabla II.

En la tabla III se detallan aquellas variables que mostraron diferencias significativas entre pacientes con y sin disfagia en la valoración clínica referida.

Se produjo una pérdida importante de valoraciones del MNA en aquellos pacientes en los que estaba indicada su realización. Esta fue de un 37,6% al ingreso (38 de 101 pacientes) y de un 51,3% al alta (39 de 76 pacientes). Pese a ello, en los MNA analizados hubo mejoría clínicamente significativa entre el ingreso y el alta, tanto en pacientes con presencia de disfagia como en aquellos sin ella ( $p < 0,01$  en ambos).

**Tabla I**  
*Parámetros descriptivos de los pacientes incluidos en el estudio (n = 146)*

<i>Variable</i>	<i>Categoría</i>	<i>Recuento (%)</i>
Edad (años)		76,3 (13,5)*
Edad superior o igual a 65 años		125 (85,6)
Género Femenino		75 (51,4)
Servicio hospitalario de procedencia	Neurología	54 (37,0)
	Corta Estancia	27 (18,5)
	Medicina Interna	25 (17,0)
	Neumología	11 (7,5)
	Otros	29 (19,9)
Objetivos asistenciales de remisión al ingreso	Convalecencia	108 (74,0)
	Larga Estancia	22 (15,0)
	Paliativos	16 (11,0)
Diagnóstico principal (enfermedades)	Neurológicas	71 (48,6)
	Infecciosas	38 (26,0)
	Oncológicas	13 (8,9)
	Lesiones	9 (6,2)
	Otras categorías	14 (10,3)
Diagnóstico 2 <sup>a</sup> favorecedor de disfagia		76 (52,1)
	Demencia	51 (34,9)
	Ictus	27 (18,5)
	Parkinson	18 (12,3)
Índice de Charlson al ingreso (puntos)		3,0 (1,8)*
Índice de Barthel previo (puntos ; n = 145)		66,0 (34,8)*
Índice de Barthel al ingreso (puntos)		4,6 (11,1)*
Grado de deterioro cognitivo al ingreso (Pfeiffer)	Ninguno	25 (17,1)
	Leve	14 (9,6)
	Moderado	28 (19,2)
	Severo	16 (11,0)
	No evaluable	63 (43,1)
Albúmina al ingreso (g/dl; n = 138)		3,2 (0,6)*
Colesterol total al ingreso (mg/dl; n = 133)		153,1 (41,3)*
Linfocitos al ingreso (células/mm <sup>3</sup> ; n = 138)		1.595 (895)*
MNA al ingreso (puntos; n = 63)		14,9 (4,3)*
Desnutrición al ingreso (n = 127)		111 (87,4)
	Leve	20 (18,0)
	Moderada	58 (52,3)
	Grave	33 (29,7)
Sonda de alimentación enteral al ingreso		38 (26,0)
Diagnóstico de disfagia durante la estancia		110 (75,3)
Complicaciones respiratorias durante ingreso		49 (33,6)
	Infeción vías bajas	31 (21,2)
	Neumonía	17 (11,6)
	Aspiración grave	6 (4,1)
	Convalecencia	74 (50,7)
	Larga Estancia	27 (18,5)
	Paliativos	45 (30,8)
Índice de Barthel al alta (puntos; n = 78)		25,7 (27,0)*
MNA al alta (puntos; n = 37)		17,8 (4,3)*
Sonda de alimentación enteral al alta		22 (15,1)
Intervención de logopedia durante estancia		53 (36,3)
Fallecidos		56 (38,4)

\*Media (desviación típica). MNA: Mini Nutricional Assessment.

Todos los pacientes que presentaron una aspiración de relevancia clínica durante su estancia tenían disfagia y acabaron falleciendo, en relación directa o no con dicha complicación.

La sonda de alimentación enteral se retiró de forma significativa al alta respecto al ingreso tanto en pacientes con presencia de disfagia como sin ella ( $p < 0,01$  en

ambos). No la llevaban al alta 17 de los 38 pacientes que sí la traían al ingreso, un 44,7% menos. En 12 casos, el 70,6% de los pacientes en que se retiró dicha sonda al alta, se realizó tras valoración e intervención sobre la disfagia, restableciéndose una alimentación oral eficaz y segura. En los otros 5 se retiró como parte del tratamiento de confort al entrar en fase de últimos días.

**Tabla II**  
*Parámetros descriptivos de las alteraciones y recomendaciones en los pacientes diagnosticados de disfagia con el MECV-V (n = 110)*

Variable	Categoría	Recuento (%)
Alteraciones de la seguridad		103 (93,6)
Alteraciones de la eficacia		90 (81,8)
Alteraciones mixtas		83 (75,4)
Dieta de disfagia		91 (82,7)
No recomendable ingesta oral		19 (17,3)
Volumen recomendado (n = 91)	Bajo	9 (9,9)
	Medio	44 (48,4)
	Alto	5 (5,5)
	Sin cambios	33 (36,3)
Viscosidad recomendada (n = 91)	Néctar	21 (23,1)
	Puding	38 (41,7)
	Ambas	32 (35,2)

Los pacientes sin disfagia presentaron una ganancia funcional (IB alta-IB ingreso) de casi el doble (31,4 puntos) respecto a aquellos con disfagia (16,6 puntos), pese a mostrar ambos grupos de pacientes un IB previo y al ingreso muy similar.

### Discusión

La frecuente presencia de disfagia en los enfermos crónicos de parecido perfil clínico atendidos tanto en HMLE como en Unidades de Hospitalización a Domicilio es un hecho constatado en estudios previos realizados en nuestro entorno sanitario más cercano, llegando a afectar hasta a un tercio de ellos<sup>9,10</sup>. La prevalencia de disfagia encontrada en este estudio, casi un 15% de los pacientes ingresados en el AMI, está lejos de la frecuencia arriba señalada. La explicación de esta diferencia se puede encontrar en varios hechos que la justificarían, acercando más la frecuencia real de disfagia en este estudio a la referida. Primero, las características clínicas concretas de algunos pacientes que ingresan con sospecha de disfagia impiden una valoración específica de la deglución. En dicho caso se

encuentran tanto aquellos con objetivos de cuidados paliativos en situación de últimos días como aquellos otros portadores de sonda de alimentación con muy bajo nivel de conciencia o en coma al ingreso, y que no presentan mejoría de este durante su estancia. Y segundo, la reciente implantación del programa de atención a la disfagia en el AMI motivó que todavía no fuese bien conocido por sus profesionales y por ello no se solicitara una valoración de la deglución en todos los casos en que posiblemente estuviera indicado hacerlo. Esto último parece confirmarse al haber apreciado en periodos posteriores un claro aumento en el número de valoraciones solicitadas y de disfagia detectada.

En cualquier recurso asistencial que atienda a una proporción importante de pacientes con alta prevalencia de factores de riesgo para la presencia disfagia es recomendable la existencia de un programa protocolizado de formación, detección e intervención sobre esta. Dicho programa debe abarcar todos los ámbitos de actuación e incluir no solo a los diferentes profesionales que intervienen en el cuidado del paciente sino también a sus cuidadores, claramente implicados en la alimentación del mismo. Además, debe resultar asequible al entorno donde se aplique. En este trabajo los enfer-

**Tabla III**  
*Análisis univariante en función de si se presentaba (n = 110) o no disfagia (n = 36) en la valoración clínica*

Variable	Disfagia N (%)		P
	SÍ	NO	
Índice de Barthel al alta (puntos)	21,1 (23,8)*	36,0 (31,3)*	<0,01 <sup>T</sup>
MNA al alta (puntos)	16,9 (4,8)*	19,5 (4,7)*	<0,01 <sup>T</sup>
Deterioro cognitivo leve (Pfeiffer al ingreso)	8 (7,3)	6 (16,7)	0,048 <sup>x</sup>
Sonda de alimentación enteral al ingreso	34 (30,9)	4 (11,1)	0,011 <sup>x</sup>
Sonda de alimentación enteral al alta	20 (18,2)	2 (5,6)	0,028 <sup>x</sup>
Fallecidos	47 (42,7)	9 (25,0)	0,02 <sup>x</sup>

\* Media (desviación típica). P: Significación Estadística. MNA: Mini Nutritional Assessment.

<sup>x</sup>: Test de la Ji cuadrado; <sup>T</sup>: Test de la t de Student.

mos fueron seleccionados para valoración tras la detección, al realizar la historia clínica, de cualquier enfermedad o proceso que pudiera predisponer a la aparición de disfagia y/o de cualquier síntoma o signo clínico de alerta de esta (tos y/o voz húmeda durante la ingesta, carraspeo, babeo, tiempo prolongado para comer, dificultad para tragar, ingestas escasas de sólidos y/o líquidos, disfonía o disartria, infecciones respiratorias de repetición, acúmulo de secreciones respiratorias con tos débil, etc). Entre las enfermedades que pueden favorecer la presencia de disfagia, la más habitual como diagnóstico principal en la población aquí analizada es el ACV. Dada la gran comorbilidad de los pacientes estudiados, encontramos en algo más de la mitad de ellos diagnósticos secundarios que, además del principal, se relacionaban con el riesgo de presentar disfagia<sup>19</sup>. De ellos, los más prevalentes fueron también procesos neurológicos como la demencia, el ACV previo y la enfermedad de Parkinson. No obstante, en este estudio no existió relación entre la presencia de estos procesos, como diagnóstico principal o secundario, y el grupo de pacientes en los que se confirmó disfagia. Esto quizás se pudiera justificar porque no se recogió el grado actual de severidad de dichos procesos, al existir una posible relación entre su mayor severidad y la presencia de disfagia, tal como está descrito en el ACV<sup>20</sup>.

El perfil de paciente al que se le solicitó la valoración de deglución fue el de un enfermo mayor de 75 años, remitido para convalecencia por un proceso neurológico, con alta comorbilidad, un grado moderado de desnutrición, no evaluable o con un grado moderado a severo de deterioro cognitivo y con una dependencia funcional total al ingreso. En estudios posteriores sería interesante comparar estas características con las de aquellos pacientes sin factores de riesgo ni clínica sugestiva de disfagia, para ver cuales de ellas influyen en la solicitud de dicha valoración y pudieran ser marcadores menos conocidos de su presencia en pacientes atendidos en HMLE.

Para la valoración de la disfagia se han desarrollado diversos tipos de procedimientos<sup>21,22</sup> (cuestionarios, métodos clínicos y técnicas instrumentales), siendo la videofluoroscopia (VFC) considerada el "patrón de oro" por muchos autores<sup>23,24</sup>. Esta es una técnica radiológica dinámica que permite valorar todas las fases de la deglución. Tanto la VFC como otras técnicas instrumentales utilizadas para dicha valoración (fibrolaringoscopia, manometría o gammagrafía) precisan de una especialización médica y de unos medios técnicos no disponibles con facilidad en la mayoría de niveles asistenciales y centros sanitarios. Además para su realización es necesario un grado importante de colaboración por parte del enfermo, no siempre posible en muchos pacientes, sobre todo en los crónicos y con pluripatología. En el programa implantado en nuestro centro se ha utilizado para la valoración de la disfagia un método clínico denominado MECV-V y descrito en la bibliografía<sup>6</sup>. Dicho método resulta asequible a cualquier entorno, al tener un bajo coste, necesitar escasa espe-

cialización, ser bastante seguro y poder aplicarse a la mayoría de enfermos sospechosos de presentar disfagia, precisando tan solo un grado mínimo de colaboración, tal como se ha visto en este estudio. Cuenta con una sensibilidad diagnóstica por encima del 85% y una especificidad en torno al 69%, según sus autores<sup>25</sup>. En él se valoran signos de alteración de la seguridad y de la eficacia de la deglución y permite, en comparación con otros métodos<sup>4</sup>, tanto diagnosticar la existencia de disfagia como orientar la dieta más adecuada a las alteraciones encontradas en cada enfermo. Signos como la tos en la deglución y el cambio del tono de voz, incluidos en la valoración por este método e investigados por otros autores, son parámetros con relación estadísticamente significativa respecto a las aspiraciones detectadas mediante VFC<sup>26</sup>. Además, en la valoración se monitoriza la saturación de oxígeno, considerada como un parámetro con una alta sensibilidad en la detección de aspiraciones y penetraciones faríngeas, incluso silentes. Cuando esto se combina con una valoración de la deglución "a pie de cama", sus resultados proporcionan los mejores valores predictivos<sup>27</sup>.

El principal objetivo de la valoración y del correcto enfoque terapéutico de la disfagia radica en prevenir complicaciones respiratorias y nutricionales. En este estudio no encontramos diferencias significativas en la prevalencia de complicaciones respiratorias entre los enfermos en los que se confirmó la disfagia y los que no. A pesar de ello es destacable que las pocas las aspiraciones graves que se presentaron solo se produjeron en enfermos en los que se confirmó disfagia, y posiblemente no fueron significativas por el escaso número de estas. En este trabajo no se pudo constatar la eficacia de la intervención sobre la disfagia en cuanto a la prevención de complicaciones respiratorias por dos motivos. Por un lado, no se puede garantizar que la etiología de todas las infecciones respiratorias de vías bajas y las neumonías sea aspirativa, aunque muchos trabajos demuestran una clara relación en este sentido. Y por otro, no se tuvo en cuenta si estas complicaciones se produjeron antes o después de la valoración e inclusión del enfermo en los cuidados para la disfagia que abarca el programa, lo que habrá que investigar en estudios posteriores. Sí en cambio, se produjeron mejoras nutricionales, medidas con el MNA, de forma significativa al alta respecto al ingreso tanto en pacientes con disfagia como sin ella. No obstante, dicha mejoría fue significativamente mayor en los pacientes sin disfagia, pese a existir una situación nutricional similar al ingreso en ambos grupos.

Uno de los principales beneficios de la valoración ha sido poder dar un adecuado asesoramiento dietético. La mayoría de pacientes en los que se confirmó la presencia de disfagia presentaban alteraciones mixtas, tanto en la seguridad como en la eficacia. En muchos pacientes se recomendó una dieta oral con las adaptaciones adecuadas, al haberse demostrado en la disfagia orofaríngea que el incremento de la viscosidad y la disminución del volumen del bolo pueden mejorar la

deglución<sup>23</sup>. En el 17% de los casos con disfagia, esta era lo suficientemente severa como para desaconsejar la alimentación oral, al evidenciarse un compromiso de la seguridad para todas las viscosidades valoradas y/o al encontrar que la eficacia estaba alterada de forma muy importante.

En relación a la asociación entre el deterioro cognitivo y la disfagia<sup>2,28</sup>, señalar que en el estudio fueron los pacientes con un grado leve los que presentaron una menor prevalencia significativa de disfagia, aunque hubiera sido esperable que también lo fuera en los pacientes sin deterioro cognitivo. El análisis conjunto de la ausencia de deterioro cognitivo con el deterioro leve (datos no mostrados) tampoco evidenció una diferencia significativa con respecto al moderado y severo en relación a la presencia de disfagia.

Como era de esperar, hubo una clara relación entre la presencia de sonda de alimentación enteral, tanto al ingreso como al alta, y la existencia de disfagia. La presencia de dichas sondas al alta respecto al ingreso fue significativamente menor tanto en los pacientes con disfagia como sin ella. Al alta se consiguieron retirar cerca de la mitad de las sondas presentes al ingreso. En casi tres de cada cuatro retiradas se hizo con una intervención clínica sobre la disfagia, siendo el programa utilizado una pieza clave para conseguir recuperar una adecuada ingesta oral. En dichos casos se inició la ingesta oral adaptada mientras se mantenía la alimentación por sonda, incrementándose progresivamente la cantidad de la ingesta oral si existía una buena tolerancia, al mismo tiempo que se reducía la nutrición por la sonda. Finalmente, se retiraba por completo tanto la nutrición enteral como la sonda, al considerar que la vía oral era segura (ausencia de signos o síntomas sugestivos de aspiraciones) y eficaz (3 días consumiendo un 75% o más de los requerimientos nutricionales calculados, según datos recogidos en las hojas de registro de ingestas). Para plantear dicho proceso se consideraron esenciales una adecuada colaboración y predisposición del paciente (nivel de conciencia que permitía seguir órdenes sencillas) y de sus cuidadores, la instauración previa de una alimentación intermitente según horarios habituales de comidas y la estabilidad clínica tanto general como respiratoria del paciente<sup>29</sup>.

En el programa de intervención se incluye la instrucción de las personas que van a alimentar a los pacientes (auxiliares de enfermería de la unidad, familiares y cuidadores remunerados). En ella se abordan las posturas básicas de protección de la vía aérea y se adiestra en la práctica de adecuación de texturas, así como del volumen y la viscosidad que deben conseguirse para los líquidos. Como complemento se imparten consejos higiénicos de la boca, de la dentadura y de las prótesis dentales, y se enseña cómo deben consignarse los alimentos y líquidos tomados cada día en las hojas de registro de ingestas diseñadas a tal efecto. Además, algo más de un tercio de los enfermos con disfagia son remitidos tras la evaluación inicial a la logopeda del hospital, quien valora otras maniobras facilitadoras de

la deglución. En este estudio no se aprecian diferencias en la remisión a logopedia entre los pacientes con y sin disfagia, lo que se puede relacionar con dos hechos. Primero, los pacientes sin disfagia son también remitidos para manejo de alteraciones del lenguaje. Y segundo, con relativa frecuencia pacientes con disfagia y susceptibles de logoterapia no son remitidos al presentar un nivel cognitivo que impide un grado de colaboración adecuado. Otros tipos de consejos ofrecidos son de carácter general, tales como el correcto uso de la cuchara frente a la no recomendación del empleo de jeringas para alimentación oral o el evitar la ingesta oral en caso de bajo nivel de conciencia, comunicándolo inmediatamente al personal sanitario para su pronta evaluación. Todos estos cuidados se recogen en un manual sobre la disfagia de lenguaje sencillo, que se entrega a los cuidadores tras la valoración, para que lo consulten en caso necesario. En un segundo esfuerzo para afianzar los conocimientos sobre el manejo de la disfagia se realizan sesiones grupales para cuidadores y enfermos, donde se da una explicación básica del proceso de deglución normal y de la disfagia y sus complicaciones y se incide en los cuidados necesarios para su manejo. Además, se comprueban los conocimientos adquiridos y las dudas surgidas, reforzándose la formación en aquellos puntos más deficitarios.

No se demostró un aumento significativo de la prevalencia de disfagia con la edad, tanto en cifras absolutas como por distintos grupos de edad. Sí en cambio, es de destacar que la disfagia se comporta en el estudio como un claro factor asociado a la mortalidad de los pacientes, como posible marcador de su fragilidad.

También es llamativo que, en el estudio, la disfagia actúe como un factor asociado a menores posibilidades de recuperación funcional en los pacientes que la presentan, pese a tener estos una situación funcional tanto previa como al ingreso en el AMI similar a la de aquellos sin disfagia. En el caso de los ACV sí está demostrado que la presencia de disfagia es un marcador de su severidad<sup>20</sup>, lo que podría justificar una peor recuperación funcional de dichos pacientes. Por lo tanto, en estos y otros pacientes la disfagia podría ser un indicador de la existencia de una menor reserva funcional no previamente señalado como factor pronóstico independiente de recuperación funcional. Esto debería ser valorado en ulteriores estudios específicamente diseñados para ello, que sirvieran para comprobar si la disfagia es un nuevo factor a añadir a otros ya reconocidos<sup>30</sup>.

## Referencias

1. Smithard DG. Dysphagia following stroke. *Reviews in Clinical Gerontology* 1999; 9: 81-89.
2. Horner J, Alberts M, Dawson D, Cook G. Swallowing in Alzheimer's disease. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 1994; 8: 1-13.
3. Ali GN, Wallace KL, Schwartz R, De Carle J, Zagami AS, Cook IJ. Mechanisms of Oral-Pharyngeal Dysphagia in Patients with Parkinson's Disease. *Gastroenterology* 1996; 110: 383-92.

4. Clavé P, Verdaguer A, Arreola V. Disfagia orofaríngea en el anciano. *Med Clin (Barc)* 2005; 124 (19): 742-8.
5. Garmendia Merino G, Gómez Canela C, Ferrero López MI. En: Diagnóstico e intervención nutricional en la Disfagia Orofaríngea: Aspectos Prácticos. Ed Glosa (Barcelona) 2007.
6. Clavé P, Ferré R, De Kraa M, Serra M. Approaching oropharyngeal dysphagia. *Rev Esp Enferm Dig* 2004; 96: 119-31.
7. DePippo K, Holas M, Reding M. Validation of the 3-oz water swallow test for aspiration following stroke. *Arch Neurol* 1992; 49: 1259-61.
8. Nathadwarawala KM, Nicklin J, Wiles CM. A timed test of swallowing capacity for neurological patients. *J Neurol, Neurosurg Psychiatry* 1992; 55: 822-5.
9. Botella JJ, Ferrero MI. Manejo de la disfagia en el anciano institucionalizado: situación actual. *Nutr Hosp* 2002; 3: 168-74.
10. Ruiz V, Valdivieso B, Soriano E, Rosales MD, Torrego A, Doménech R y cols. Prevalencia de disfagia en los ancianos ingresados en una unidad de hospitalización a domicilio. *Rev Esp Geriatr. Gerontol* 2007; 42 (1): 55-8.
11. Moreno C, García MJ, Martínez C. Análisis de situación y adecuación de dietas para disfagia en un hospital provincial. *Nutr Hosp* 2006; 21(1): 26-31.
12. García-Peris P, Parón L, Velasco C, De la Cuerda C, Cambor M, Bretón I y cols. Long-term prevalence of oropharyngeal dysphagia in head and neck cancer patients: Impact on quality of life. *Clinical Nutrition* 2007; 26: 71-7.
13. National descriptors for texture modifications in adults. The British Dietetic Association and Royal Collage of speech & Language therapists, 2002.
14. National dysphagia diet: Standardization for Optimal Care. National Dysphagia Diet Task Force. American Dietetic Association, 2002.
15. Mahoney FI, Barthel DW: Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal* 1965; 4 (2): 61-5.
16. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzi CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chron Dis* 1987; 40: 378-83.
17. Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *Journal of the American Geriatrics Society* 1975; 23 (10): 433-41.
18. Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. Assessing the nutritional status of the elderly: the mini-nutritional assessment as a part of the geriatric evaluation. *Nutr Rev* 1996; 54: S59-S56.
19. Bascuñana Ambrós H. Características de la disfagia neurológica en las demencias y en las enfermedades neurológicas progresivas que afectan al sistema nervioso central. *Rehabilitación (Madrid)* 1999; 33 (1): 38-42.
20. Smithard DG, O'Neill PA, England RE, Park CL, Wyatt R, Martin DF y cols. The natural History of dysphagia following stroke. *Dysphagia* 1997; 12: 188-93.
21. Wallace KL, Middleton S, Cook IJ. Development and validation of a self-report symptom inventory to assess the severity of oral-pharyngeal dysphagia. *Gastroenterology* 2000; 118: 678-87.
22. Kosta JC, Mitchell CA. Current procedures for diagnosing dysphagia in elderly clients. *Geriatric Nursing* 1998; 19: 195-199.
23. Logemann JA: Approaches to management of disordered swallowing. En: Balliere's Clinical Gastroenterology. Balliere Tindall ed. 1991; 269-281.
24. Clavé P, De Kraa M, Arreola V, Girvent M, Farré R, Palomera E y cols. The effect of bolus viscosity on swallowing function in neurogenic dysphagia. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics* 2006; 24: 1385-94.
25. Almirall J, Cabré M, Clavé P. Neumonía aspirativa. *Med Clin (Barc)* 2007; 129 (11): 424-32.
26. Nishiwaki K, Tsuji T, Liu M, Hase K, Tanaka N, Fujiwara T. Identification of a simple screening tool for dysphagia in patients with stroke using analysis of multiple dysphagia variables. *J Rehabil Med* 2005; 37: 247-51.
27. Smith H, Lee S, O'Neill P, Connolly M. The combination of bedside swallowing assessment and oxygen saturation monitoring of swallowing in acute stroke: a safe and human screening tool. *Age Ageing* 2000; 29: 495-499.
28. Smithard DG, O'Neil PA, Park C, Morris J, Wyatt R, England R y cols. Complications and outcome after acute stroke. Does dysphagia matter? *Stroke* 1996; 27: 1200-1204.
29. Mark PE, Kaplan D. Aspiration pneumonia and dysphagia in the elderly. *Chest* 2003; 124 (1): 328-36.
30. Volicer L, Seltzer B, Rheume Y, Karner J, Crino PB. Eating difficulties in patients with probable dementia of the Alzheimer type. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 1989; 2: 188-95.
31. Crary MA, Groher ME. Reinstating oral feeding in tube-fed adult patients with dysphagia. *Nutrition in Clinical Practice* 2006; 21: 576-86.
32. Miralles R. Selección de pacientes en una unidad geriátrica de media estancia o convalecencia: factores pronósticos. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2000; 35 (S6): 38-46.