

Prevalencia de Disfagia tras Ictus. Visión desde Atención Primaria

Prevalence of Dysphagia after Stroke. View from Primary Care

Ana Isabel Díaz Fernández, M^a Arántzazu González Álvarez.

Atención Primaria del Área VIII (Langreo)

Manuscrito recibido: 01-03-2016

Manuscrito aceptado: 24-10-2016

Cómo citar este documento

Díaz Fernández AI, González Álvarez MA. Prevalencia de Disfagia tras Ictus. Visión desde Atención Primaria. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). 2017 Febrero; 5(1): 38-56

Resumen

La detección de la disfagia es una parte importante del manejo del Ictus en su fase aguda, ya que constituye un marcador de mal pronóstico en términos de morbilidad y recuperación funcional. Pese a ello, el cribaje tiende a realizarse sobre todo en el paciente con mayor gravedad del Ictus.

El método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad (MECV-V) nos permite confirmar la presencia de disfagia pudiendo así establecer planes de cuidados individualizados.

Objetivo

Estimar la prevalencia de disfagia en pacientes con Ictus y el perfil del paciente en relación con el tipo de Ictus, grado de dependencia y red de apoyo familiar.

Metodología

Estudio descriptivo transversal.

Población: Altas Ictus Cabueñes (Neurología) del 1 de Julio al 30 de Noviembre de 2013 y residentes en Área V.

Resultados

La prevalencia de disfagia estimada mediante análisis frecuentista fue de 12,8% (IC95%:5,5-20,1). Utilizando inferencia bayesiana fue de 20,9% (ICred 95%:14,4-28,3). La media de edad fue 74,76 años. Presentaron Ictus de origen isquémico 88 pacientes (93,6%) y 6 (6,4%) Ictus hemorrágicos. Un tercio de la población estudiada estaba institucionalizada y presentaban algún grado de dependencia un 56,4% (Barthel). La demora en la captación en disfágicos fue de 28,3 días y en no disfágicos 19,8. De los pacientes con disfagia precisaron espesante alimentario en fase aguda un 63,6%.

Conclusiones

Debería realizarse precozmente en el hospital el test de identificación de disfagia (MECV-V) tras el Ictus, para llevar a cabo una intervención adecuada a las necesidades del paciente, con un asesoramiento higiénico-dietético y prevenir así futuras complicaciones.

Palabras clave

Trastornos de deglución, Accidente Cerebrovascular, Prevalencia

Abstract

The detection of dysphagia is an important part of the management of stroke in its acute phase, since it is a marker of poor prognosis in terms of morbidity and functional recovery. Nevertheless, screening tends to be carried out mainly in patients with more severe.

The method Volume-Viscosity clinical examination (MECV-V) allows us to confirm the presence of dysphagia and may establish individualized care plans.

The aim of our study was to estimate the prevalence of dysphagia in patients who have had an episode of stroke and profile of the patient in relation to the type of stroke, dependency and family support.

Methodology

A descriptive observational study of prevalence.

Results

The prevalence of dysphagia estimated by frequentist analysis was 12.8% (95% CI 5.5 to 20.1). Using Bayesian inference was 20.9% (95% ICred: 14.4 to 28.3). The mean age was 74.76 years. They presented Ischemic Stroke 88 patients (93.6%) and 6 (6.4%) hemorrhagic stroke. One third of the study population was institutionalized and had some degree of dependence 56.4% (Barthel). The delay in the capture in dysphagia was 28.3 days and 19.8 in non dysphagia. Of patients with dysphagia They pointed acute phase food thickener 63.6%.

Conclusions

The identification test for dysphagia (MECV-V) after stroke should be done early in the hospital, to conduct an appropriate intervention to the patient's needs, with a hygienic-dietary advice and prevent future complications.

Keywords

Swallowing disorders, stroke, Prevalence

Introducción

La disfagia es la alteración o dificultad en el proceso de la deglución tanto de alimentos sólidos como líquidos. Es un término que describe un síntoma, que puede estar ocasionado por alteraciones estructurales o funcionales que dificultan la formación, el manejo y el transporte del bolo alimenticio¹.

La deglución es un acto complejo en el que intervienen una serie de acciones voluntarias e involuntarias cuyo gobierno corresponde al sistema nervioso central¹ y en las que están implicados 29 músculos y 6 pares craneales. Se trata de una actividad fisiológica compleja que se produce más de 500 veces al día y de la que normalmente no somos conscientes².

Entre los signos y síntomas que nos pueden hacer sospechar que un paciente presenta disfagia se encuentran: toser o estornudar durante o tras la ingesta, emplear demasiado tiempo para comer/beber manteniendo la comida más de cinco segundos en la boca, presencia de residuos orales tras las ingestas, ronquera o afonía tras las comidas, fatiga o cambios en el patrón respiratorio y babeo por falta de sello labial adecuado³. En algunos casos, la disfagia proporciona claros signos de su presencia mientras que otras veces es diagnosticada por sus complicaciones (se estima que un 40% de las disfagias son silentes)².

Las alteraciones de la deglución ocasionan una serie de complicaciones que pueden poner en riesgo tanto la eficacia como la seguridad de la deglución. Respecto a la eficacia, nos encontramos con la desnutrición y/o deshidratación, al verse dificultada la capacidad de alimentación e hidratación óptimas, y en cuanto a la seguridad, el paciente puede sufrir microaspiraciones durante las ingestas, que mantenidas en el tiempo, pueden desencadenar procesos infecciosos respiratorios como neumonías⁴. Una tercera parte de los enfermos que aspiran lo hacen de forma silenciosa, sin tos².

Los accidentes cerebrovasculares (ACV), presentan una prevalencia de disfagia entre el 27% y el 69% en la fase aguda³. Casi la mitad de los afectados por dicha secuela o fallecen o se recuperan en los 14 días posteriores al Ictus⁵. El resto queda con algún grado de alteración en la deglución. Apoyándonos en estos datos, cabría suponer que a partir de esas dos semanas post-Ictus las prevalencias encontradas sean más bajas, entre el 13% y el 35%. El 47% de los pacientes que han sufrido un ACV padecen disfagia en algún momento de su enfermedad⁶. En pacientes neurológicos, la disfagia a líquidos predomina sobre la disfagia a sólidos, ya que se toleran peor las viscosidades líquidas⁷.

La detección de la disfagia es una parte importante del manejo del Ictus en su fase aguda, ya que constituye un marcador de mal pronóstico en términos de morbilidad y recuperación funcional, con alargamientos de la estancia hospitalaria y disminución de la calidad de vida del paciente⁷. Pese a ello, el cribaje tiende a realizarse sobre todo en el paciente con mayor gravedad del Ictus.

El mismo estudio⁷ refiere unas ratios de neumonías broncoaspirativas más altas en los pacientes no explorados que en los que pasaron el test de cribaje correctamente y por tanto no presentaban disfagia. Esto apuntaría a que la costumbre de realizar el cribado, sobre todo, en los casos más graves, podría provocar un infradiagnóstico de casos de disfagia presentes en episodios menos graves.

Existen diferentes métodos de detección de disfagia siendo el gold standard la videofluoroscopia (VFC). Dicha prueba consiste en administrar volúmenes crecientes de bolo alimenticio con distintas viscosidades y consistencias, permitiendo evaluar el trayecto del bolo alimenticio, así como el efecto de los cambios posicionales para la protección de la vía respiratoria. Es un recurso caro, puesto que se realiza en instalaciones de radioscopia, requiere una alta inversión en tiempo y no está a disposición de todos los clínicos. Por todo ello, es necesario disponer de un método de cribaje protocolizado y no instrumental que ayude a optimizar el diagnóstico y el tratamiento de la disfagia en los pacientes con Ictus⁸.

Como alternativa a la VFC, contamos con un método clínico no invasivo de valoración de la disfagia que consiste en administrar alimentos con diferentes volúmenes y viscosidades, método definido como de Exploración Clínica de Volumen-Viscosidad (MECV-V) (**Figura 1**) por Clavé⁸. Los cambios en cualquiera de los signos de seguridad (tono de voz, tos o desaturación) etiquetan la prueba de positiva. Dicho método de exploración tiene una sensibilidad del 100% y una especificidad del 13,6%⁸. Por tanto, la valoración del paciente disfágico basado en los datos de exploración clínica y el MECV-V resulta un cribaje de bajo coste, de fácil aplicación y muy sensible. Además, este test permite ajustar la dieta, en cuanto a textura y viscosidad, para evitar complicaciones como las broncoaspiraciones.

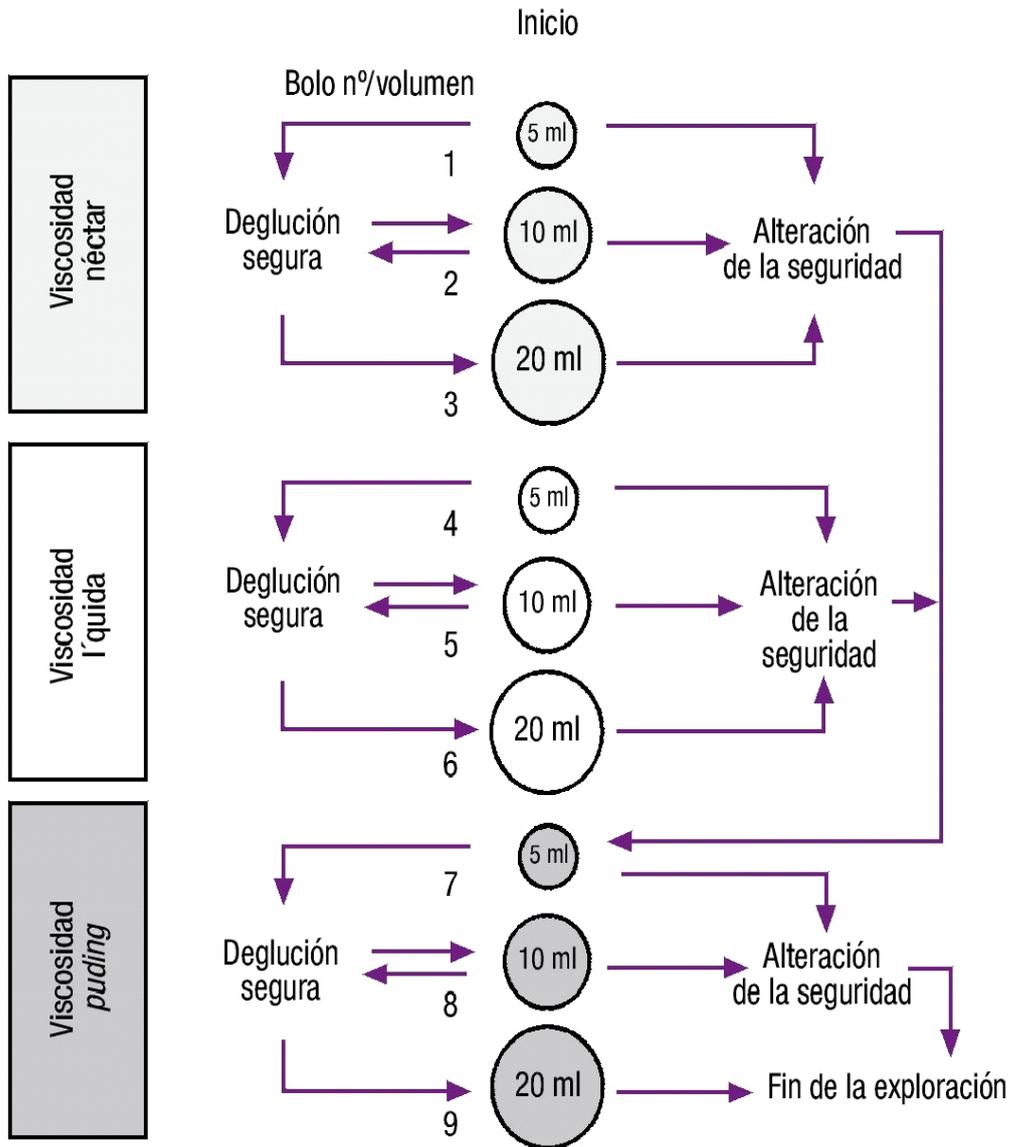


Figura 1.- Test de Disfagia MECV-V "Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad"
 Alteraciones de la Seguridad: Tos, Carraspeo, Desaturación.
 Alteraciones de la Eficacia: Deterioro del cierre labial, Babeo, Residuos Orales, Deglución Fraccionada

Figura 1: MECV-V: "Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad"

Contamos con otro instrumento para el despistaje de la disfagia, el cuestionario EAT-10⁹ (*eating assessment tool*) (Figura 2), que permite obtener del paciente y/o cuidador información relacionada con su alimentación a través de 10 preguntas validadas y poder así detectar alguna alteración en la deglución.

FECHA: _____		REGISTRO N°: _____	
OBJETIVO	El EAT-10 le ayuda a conocer su dificultad para tragar. Puede ser importante que hable con su médico sobre las opciones de tratamiento para sus síntomas.		
INSTRUCCIONES	Responda cada pregunta escribiendo en el recuadro el número de puntos.		
A.- ¿Hasta qué punto usted percibe los siguientes problemas?			
1.- Mi problema para tragar me ha llevado a perder peso			
0 = ningún problema			
1			
2			
3			
4 = es un problema serio			
2.- Mi problema para tragar interfiere con mi capacidad para comer fuera de casa			
0 = ningún problema			
1			
2			
3			
4 = es un problema serio			
3.- Tragar líquidos me supone un esfuerzo extra			
0 = ningún problema			
1			
2			
3			
4 = es un problema serio			
4.- Tragar sólidos me supone un esfuerzo extra			
0 = ningún problema			
1			
2			
3			
4 = es un problema serio			
5.- Tragar pastillas me supone un esfuerzo extra			
0 = ningún problema			
1			
2			
3			
4 = es un problema serio			
6.- Tragar es doloroso			
0 = ningún problema			
1			
2			
3			
4 = es un problema serio			

Figura 2: EAT-10: "Eating Assessment Tool". Despistaje de la Disfagia. Parte 1
(Continúa en la página siguiente)

7.- El placer de comer se ve afectado por mi problema para tragar	
0 = ningún problema	
1	
2	
3	
4 = es un problema serio	
8.- Cuando trago, la comida se pega en mi garganta	
0 = ningún problema	
1	
2	
3	
4 = es un problema serio	
9.- Toso cuando como	
0 = ningún problema	
1	
2	
3	
4 = es un problema serio	
10.- Tragar es estresante	
0 = ningún problema	
1	
2	
3	
4 = es un problema serio	
B. PUNTUACIÓN	
<p>Suma el número de puntos y escriba la puntuación total en los recuadros. Puntuación total (máximo 40 puntos)</p>	
C. QUÉ HACER AHORA	
<p>Si la puntuación total que obtuvo es mayor o igual a 3, usted puede presentar problemas para tragar de manera eficaz y segura.</p> <p>Le recomendamos que comparta los resultados del EAT-10 con su médico.</p>	
<p>Referencia: <i>Belafsky et al. Validity and Reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10). Annals of Otolaryngology Rhinology & Laryngology. 2008; 117 (12):919-24. Burgos R, et al. Traducción y validación de la versión en español de la escala EAT-10 para despistaje de la disfagia. Congreso Nacional SENPE 2011</i></p>	

Figura 2: EAT-10: "Eating Assessment Tool". Despistaje de la Disfagia. Parte 1
(Viene de la página anterior)

Una vez confirmada la presencia de disfagia es importante establecer un plan de cuidados por parte de enfermería adaptado a cada paciente en el patrón alimentario. Respecto a texturas, lo más aconsejable es una consistencia semisólida en volúmenes pequeños e ingestas frecuentes. Existen alimentos que entrañan especial peligro por presentar mezcla de texturas (sopa de fideos, potajes con caldo), piel o semillas (frutas con piel) o ser fibrosos y/o pegajosos como los espárragos, el jamón o los caramelos. Además es importante tener en cuentas la higiene postural durante las ingestas, evitando la hiperextensión del cuello y realizando una ligera flexión hacia delante acompañando el movimiento deglutorio².

Tras la búsqueda bibliográfica realizada, hemos comprobado que apenas existen referencias a estudios sobre la disfagia en el ámbito de la Atención Primaria, la mayor parte de los estudios se realizan en el ámbito hospitalario o bien en residencias geriátricas, por lo que nos parece justificado llevar a cabo este proyecto que tiene como objetivo estimar la prevalencia de disfagia en pacientes que hayan sufrido un Ictus en el municipio de Gijón y el perfil de los mismos.

Objetivo

Estimar la prevalencia de disfagia en pacientes que han sufrido un episodio de Ictus y el perfil del paciente en relación con el tipo de Ictus, grado de dependencia y red de apoyo familiar.

Material y métodos

1. Tipo de estudio

Descriptivo observacional.

2. Población estudiada

Pacientes dados de alta en la planta de Neurología del Hospital de Cabueñes (Gijón) del 1 de julio al 30 de noviembre de 2013 con diagnóstico de Ictus residentes en Gijón.

3. Fuente de información

- Registro hospitalario de altas del Servicio de Neurología y Unidad de Ictus del Hospital de Cabueñes.
- Registro del programa Omi-AP.
- Registro del programa SELENE.

4. Criterios de exclusión

- Pacientes de nuevo hospitalizados por enfermedad aguda grave no relacionada con el Ictus en el momento del contacto.
- Nutrición enteral por sonda al alta.
- Accidente isquémico transitorio (AIT) y otros diagnósticos que no son el objeto del estudio.
- Situación terminal reflejada en historia clínica.

5. Definición de pérdidas

- Pacientes fallecidos en el momento del contacto.
- Pacientes que no quieran o puedan participar.
- Negativas a continuar en el estudio.

6. Selección de pacientes

No se realizó muestreo. Se estudiaron todos los casos referidos en "Población".

Se obtuvo la autorización del Comité Ético de Investigación Clínica del Principado de Asturias y de los responsables del Área Sanitaria V. Se prestó especial atención a la confidencialidad de datos según lo determinado por la Ley Orgánica 157/1999.

7. Variables

- **Entrevistado:** persona que responde a la entrevista.
 - Cualitativa dicotómica: Paciente-Cuidador.
- **Sexo:** apariencia según fenotipo.
 - Cualitativa dicotómica: Hombre-Mujer.
- **Edad:** tiempo transcurrido desde la fecha de nacimiento, según el documento nacional de Identidad (DNI), hasta la fecha de realización de la entrevista.
 - Cuantitativa (años cumplidos).
- **Régimen de convivencia:** lugar y personas con las que reside el paciente y nivel de autonomía del mismo.
 - Cualitativa politómica (nominal):
 - Institucionalizado.
 - Vive solo.
 - Vive acompañado e Independiente para las actividades básicas de la vida diaria (IABVD).
 - Vive acompañado y es Dependiente para las actividades básicas de la vida diaria (DABVD).
- **Grado de dependencia:** estado de autonomía funcional del paciente en cuanto a la realización de las actividades básicas de la vida diaria.
 - Cualitativa ordinal (Escala de Barthel):
 - < 20 = Dependencia Total.
 - 20-35 = Dependencia Grave.
 - 40-55 = Dependencia Moderada.
 - ≥ 60 = Dependencia Leve.
 - 100 = Independiente.
- **Tipo de Ictus:** pérdida brusca de las funciones cerebrales causada por una alteración vascular, ya sea por interrupción del flujo sanguíneo o por hemorragia.
 - Cualitativa dicotómica (nominal): Ictus hemorrágico-Ictus isquémico.

- **Ictus previos:** diagnóstico de ictus o accidente cerebro-vascular (ACV) previo registrado en el informe de alta o en la historia, o bien referido por el paciente.
 - Cualitativa dicotómica (nominal): Si-No.
- **Tiempo en la captación:** periodo comprendido entre la fecha del Ictus y la fecha de realización de la entrevista o primer contacto con el paciente.
 - Cuantitativa continua (días).
- **Uso de espesante en la fase aguda:** necesidad del paciente de usar espesante alimentario con las comidas durante su estancia hospitalaria.
 - Cualitativa dicotómica (nominal): Si-No.
- **Disfagia:** dificultad para la deglución manifestada por alteraciones en la seguridad (tos, carraspeo, cambio de voz) o en la eficacia (sello labial, residuos orales, degluciones fraccionadas).
 - Variable cualitativa ordinal (test MECV-V realizado si el EAT-10 es \geq a 3 puntos):
 - No disfagia.
 - Disfagia tipo néctar.
 - Disfagia tipo pudding.
 - Disfagia a sólidos.

8. Mediciones Principales

- **Barthel:** escala diseñada por Mahoney y Barthel (1955), que valora la capacidad funcional del individuo y su nivel de autonomía para ejecutar las actividades básicas de la vida diaria como son: alimentación, baño, aseo, vestido, deposición, micción, traslado sillón-cama, subir y bajar escaleras. La puntuación oscila entre 0 y 100 puntos, con intervalos de 5 puntos, siendo 0 la situación de dependencia total y 100 puntos la máxima autonomía.
- **Cuestionario EAT-10 (Tabla 1):** despistaje de la disfagia que estima el riesgo de padecer la misma. Si el resultado es mayor o igual a 3 puntos, estaría indicado realizar el test clínico de la disfagia (MECV-V).
- **MECV-V:** Método fácil y seguro de exploración clínica para la detección de disfagia orofaríngea. Evalúa signos clínicos que se relacionan con alteraciones en la eficacia (residuo faríngeo, residuo oral, deglución fraccionada y trastorno del sello labial) y en la seguridad (tos, cambio de voz y desaturación de oxígeno en pulsioxímetro $> 5\%$) de la deglución. Utiliza una jeringuilla para administrar 3 volúmenes: 5, 10 y 20 ml, en tres viscosidades diferentes (néctar, líquido y pudding) empezando por el bolo más seguro de viscosidad media y volumen bajo (5 ml de néctar) e incrementando progresivamente la dificultad. El test se detiene (y se considera positivo) si aparece un signo de alteración en la seguridad. La interpretación de los resultados del MECV-V se estructura en:
 - Paciente sin disfagia, (aunque el EAT-10 fuese sugestivo)
 - Paciente con disfagia a líquidos. La prueba nos ayuda a saber cuál de los dos tipos de viscosidad es la más segura en la alimentación del paciente: la viscosidad tipo néctar (consistencia más líquida que un puré, se puede tomar con pajita) y tipo pudding (consistencia más espesa, solo se puede tomar con cuchara).

- Paciente con disfagia a sólidos. No es el tipo de disfagia característico de los Ictus, pero puede existir o coexistir con la disfagia a líquidos. Identificamos este tipo de disfagia a través de la entrevista con el paciente, conociendo el tipo de dieta que realiza, y en la mayoría de los casos, suele aparecer por otras causas distintas al episodio cerebrovascular, como la edad (dificultades de masticación por pérdida de piezas dentales, xerostomías, maloclusión dental, deterioro cognitivo), procesos tumorales (neo de laringe), enfermedades neurodegenerativas, etc.
- Paciente con disfagia mixta: a sólidos y a líquidos.

9. Organización del trabajo

Se captaron todos los pacientes dados de alta tras Ictus de la planta de neurología del hospital de Cabueñes durante un periodo de 150 días empezando el día 1 de Julio de 2013 y terminando el día 30 de Noviembre de 2013. Al alta, se recogieron sistemáticamente de la historia clínica, y de forma individualizada, datos clínicos y sociodemográficos de cada paciente, para gestionar un primer contacto (telefónico para concertar visita en consulta, domicilio o en el hospital de Cruz Roja) durante el primer mes y medio tras el suceso.

En dicha visita o contacto, se pasaba en primer lugar el cuestionario EAT-109-10, bien al paciente, o bien al cuidador principal, en el caso de que las condiciones del primero no fuesen óptimas para su realización. Este cuestionario servía como cribado inicial y si resultaba positivo se procedía a realizar el test clínico de la disfagia conocido como MECV-V.

El grupo de pacientes con disfagia a líquidos es más frecuente tras el Ictus, por lo que se realizó un seguimiento sólo a dichos pacientes después del primer contacto, dentro del segundo y el tercer mes post-Ictus. El seguimiento se hizo vía telefónica y se realizaron las preguntas 3, 4, 5 y 9 del cuestionario EAT-10 que son las más objetivas para identificar los signos y síntomas del riesgo de disfagia.

Dichas preguntas iban encaminadas a conocer si la situación respecto a la deglución de líquidos, sólidos y pastillas había mejorado y si persistía la tos durante o tras las comidas. Se consideró que continuaban con alguna alteración en la deglución, aquellos pacientes con, al menos, una respuesta afirmativa a las preguntas 3 y 9 del test (tragar líquidos me supone un esfuerzo extra y toso cuando como, respectivamente). Dichas preguntas son las más acordes con una disfagia a líquidos. Sin embargo, las preguntas 4 y 5 se corresponden normalmente con una disfagia a sólidos.

Se determinó mediante la escala Barthel la situación de autonomía para actividades básicas de la vida diaria (ABVD) del paciente, haciéndolo constar en la hoja de recogida de datos (**Tabla 1**).

Tabla 1: Hoja de recogida de datos

HOJA DE RECOGIDA DE DATOS		Nº DE REGISTRO _____	
1.	Fecha de realización	-- / -- / ----	
2.	Responde al Cuestionario	Paciente (1) Cuidador (2)	()
3.	Fecha de nacimiento	-- / -- / ----	
4.	Sexo	Hombre (1) Mujer (2)	()
5.	Fecha del Ictus	-- / -- / ----	
6.	Ictus Previo	si (1) no (2)	()
7.	Tipo de Ictus	Isquémico (1) Hemorrágico (2) Información ausente (9)	()
8.	Régimen de convivencia	Institucionalizado (1) Vive solo/a (2) Vive acompañado (3) pero Independiente para ABVD Vive acompañado (4) pero dependiente para ABVD. Precisa cuidador	()
9.	Resultado Escala <i>EAT-10</i>	≥3 puntos* <3puntos *Si resultado ≥3 puntos realizar Método exploratorio clínico volumen-viscosidad (MECV-V)	()
10.	Realización del MECV-V	si (1) no (2)	()
11.	Tipo de disfagia	No disfagia (1) Néctar (2) Pudding (3)	()
12.	Dieta con espesante en Hospital de Cabueñes	Si (1) No (2) Información ausente (9)	()
13.	Grado de dependencia	<i>Barthel</i> (puntuación en nº)	()
14.	Seguimiento 2º mes tras episodio Pérdida Sí (0) No (1)	Sí (0) No (1)	()

	Motivo de pérdida (en el caso de que la pregunta 14 sea sí)	No localizable (2) Fallecimiento (3) Otros motivos (4)	
15.	Fecha 2º contacto: __/__/__ 1. Tragar sólidos me supone esfuerzo 2. Tragar líquidos me supone esfuerzo 3. Tragar pastillas supone esfuerzo 4. Toso cuando como	1 Si (1) No (2) 2 Sí (1) No (2) 3 Sí (1) No (2) 4 Si (1) No (2)	()
16	Seguimiento 3º mes tras episodio Pérdida Sí (0) No (1) Motivo de pérdida (en el caso de que la pregunta 16 sea sí)	Sí (0) No (1) No localizable (2) Fallecimiento (3) Otros motivos (4)	()
17.	Fecha 3º contacto: __/__/__ 1. Tragar sólidos me supone esfuerzo 2. Tragar líquidos me supone esfuerzo 3. Tragar pastillas supone esfuerzo 4. Toso cuando como	1 Si (1) No (2) 2 Si (1) No (2) 3 Si (1) No (2) 4 Si (1) No (2)	()

Fuente: Elaboración propia

Finalmente, a todos los pacientes a los que se les detectó una disfagia tras realizar el MECV-V, se hizo entrega al paciente o cuidador principal de unas recomendaciones dietéticas (**Tabla 2**), en las que se explicaban las texturas más adecuadas, formas de preparación de alimentos, alimentos permitidos y/o desaconsejados, combinación de los mismos así como una dieta con un menú semanal (**Tabla 3**).

Tabla 2: Recomendaciones dietéticas al paciente y/o cuidador.
Alimentos y texturas recomendados en la reeducación de la deglución

GRUPOS DE ALIMENTOS	PERMITIDOS	NO PERMITIDOS
FRUTAS 	<ul style="list-style-type: none"> Las citadas a continuación siempre que tengan el grado de madurez suficiente para aportarle una consistencia blanda: <ul style="list-style-type: none"> - Melocotón. - Nectarina. Frutas cocidas, asadas o en almíbar* (exceptuando macedonias a base de frutas con tamaño similar al guisante o maíz). El almíbar* debe ser retirando completamente de modo que no quede ningún resto de líquido. 	<ul style="list-style-type: none"> - Piña (permitida en almíbar *) - Plátano - Uva - Naranja - Kiwi - Fresa - Manzana y pera - Melón y sandía - Frutos secos
CEREALES Y DERIVADOS 	<ul style="list-style-type: none"> Los que no se incluyen en la sección de "no permitidos" (papillas de cereales, crema de arroz). 	<ul style="list-style-type: none"> Pan tostado, pan de barra y pan de molde. Cereales de desayuno y bollería en general (magdalenas, bizcochos...) Pasta: fideos, macarrones, espaguetis, tallarines. Arroz
LEGUMBRES 	<ul style="list-style-type: none"> En forma de cremas y purés. 	<ul style="list-style-type: none"> Ninguna se permite en su forma original; pero sí en la forma descrita en sección "permitidas".
PRODUCTOS LÁCTEOS 	<ul style="list-style-type: none"> Yogures sin trozos de frutas. Natillas con consistencia no líquida. Flanes, con la precaución de retirar cualquier líquido residual Quesos con textura blanda (queso fresco tipo "Burgos") 	<ul style="list-style-type: none"> Los no incluidos en apartado "permitidos".
BEBIDAS 	<ul style="list-style-type: none"> Bebidas espesadas con consistencia néctar, miel o pudín, según tolerancia individual. 	<ul style="list-style-type: none"> Las no incluidas en apartado "permitidas".
OTROS		<ul style="list-style-type: none"> Helados

Fuente: Guía de nutrición para personas con disfagia. IMSERSO. 2012

Tabla 3: Recomendaciones dietéticas al paciente y/o cuidador

Ejemplo de dieta semanal para usuarios con disfagia, con alimentos y texturas recomendados en la reeducación de la deglución.

Esta tabla es orientativa. Ante cualquier duda sobre su familiar, se recomienda consultar al equipo responsable de su tratamiento (médico, enfermera, logopeda, etc.)

DESAYUNOS: Elegir entre las siguientes opciones:

A	B	C
<ul style="list-style-type: none"> Albaricoque (pelado) o melocotón (pelado) o manzana asada (pelada). Papilla de cereales (250ml), pudiendo añadirle, para cambiar el sabor y color de la misma, una cucharadita de cacao café; manteniendo la textura de la papilla. 	<ul style="list-style-type: none"> Fruta (manzana, pera, piña o melocotón) en almíbar* Papilla de cereales (250 ml.), pudiendo añadirle, para cambiar el sabor y color de la misma, una cucharadita de cacao café; manteniendo la textura de la papilla 	<ul style="list-style-type: none"> Fruta triturada Papilla de cereales (250 ml.) con cacao o café Papilla de cereales (250 ml.), pudiendo añadirle, para cambiar el sabor y color de la misma, una cucharadita de cacao café; manteniendo la textura de la papilla.

El almíbar* debe ser retirando completamente de modo que no quede ningún resto de líquido.

MEDIAS MAÑANAS Y MERIENDAS:

Fruta en cualquiera de sus variedades (ver cuadro de alimentos permitidos) y Derivado o Postre Lácteo: Yogur , Natillas, Flan.*
(* Con la precaución de retirar cualquier líquido residual)

	COMIDAS	CENAS
LUNES	Puré de legumbres Filetes rusos Piña en almíbar(*)	Puré de patatas y zanahorias Pescado hervido con mayonesa Yogur
MARTES	Patatas con alioli Salmón con zanahoria cocida Pera en almíbar(*)	Ensalada tomate (pelado), queso fresco y orégano Tortilla de atún con tomate natural (pelado) Yogur
MIÉRCOLES	Puré de arroz Huevo frito con salsa de tomate Natillas	Ensalada de verduras cocidas (**) Salchichas tipo Frankfour (2-3 unds) con ketchup Albaricoque (pelado)
JUEVES	Vichyssoise Albóndigas en salsa de tomate Fruta triturada	Crema Juliana San Jacobo Yogur
VIERNES	Crema de champiñones Merluza a la romana con tomate natural (pelado) Manzana Asada	Ensalada de coliflor y tomate (pelado) Tortilla de jamón York Yogur
SÁBADO	Puré de garbanzos estofados Hamburguesa con Ketchup Yogur	Ensalada de tomate natural (pelado) y atún Lacón al horno con patatas Piña en almíbar (*)
DOMINGO	Brécol con patatas Lubina a la plancha Flan	Crema de calabacín Croquetas Melocotón en almíbar (*)

(*) El almíbar debe ser retirando completamente de modo que no quede ningún resto de líquido. (**) Consultar cuadro de alimentos permitidos.

INFORMACIÓN NUTRICIONAL MEDIA: ENERGÍA:1800 KCAL, PROTEINAS: 70g, CARBOHIDRATOS: 220g, LÍPIDOS: 40g/

Fuente: Guía de nutrición para personas con disfagia IMSERSO 2012

10. Plan de análisis

Se construyó una matriz a partir de la hoja de recogida de datos con todas las variables. Se realizó una depuración de la base de datos variable por variable comprobando outliers. Se estimó la prevalencia de disfagia en el momento del primer contacto y la evolución de los síntomas durante el segundo y tercer mes tras el Ictus en aquellos pacientes que padecían disfagia a líquidos (ya fuese viscosidad néctar o pudding) tras realizar el MECV-V, en forma de % y su intervalo de confianza. Dicha prevalencia se calculó mediante estadística frecuentista y bayesiana. Para la estadística bayesiana se empleó la información previa sobre prevalencia de disfagia para establecer los priors.

Se describió la población estudiada según el resto de las variables recogidas y su asociación con la variable disfagia. Se utilizaron medias y porcentajes con sus intervalos de confianza y pruebas de significación estadística: t de Student (para comparar variables cuantitativas como la edad o el Barthel con la variable cualitativa principal del estudio, disfagia), ji-cuadrado y test de Fisher para las proporciones.

Para el análisis estadístico se utilizaron los programas SPSS 15.0 y Epidat 4.0 en el análisis bayesiano.

Resultados

1. Población Estudiada

Del Servicio de Neurología del Hospital de Cabueñes se recibieron los listados con todos los pacientes dados de alta durante el periodo de estudio: 237 pacientes. Se revisaron todas esas historias y se vio que 110 cumplían criterios de exclusión:

- 60 pacientes no presentaban Ictus (accidente isquémico transitorio, inestabilidad de la marcha, epilepsia, etc.).
- 41 no pertenecían al área estudiada.
- 2 eran portadores de sonda nasogástrica.
- 1 tenía una gastrostomía percutánea.
- 5 estaban ingresados por otras causas distintas a la del estudio.
- 1 había fallecido.

Finalmente se estudiaron 94 casos ya que 33 no quisieron participar (negativas del propio paciente o del cuidador principal).

2. Prevalencias Estimadas

Se estimó la prevalencia de disfagia mediante dos procedimientos diferentes. El valor de la prevalencia de disfagia estimado mediante el método frecuentista fue de 12,8% (IC95%: 5,5-20,1). Utilizando inferencia bayesiana la estimación de esa prevalencia fue de 18,8%, encontrándose el verdadero valor del parámetro entre 13,7 y 24,3 con una probabilidad del 95%.

3. Descripción univariante

La distribución por sexo fue de 53 hombres (56,4 %) y 41 mujeres (43,6%). La media de edad fue 74,76 años con una desviación estándar del 11,35 y la mediana 77.

Del total de pacientes estudiados, se concluyó que 88 (93,6%) presentaron Ictus de origen isquémico y 6 (6,4%) fueron Ictus hemorrágicos. Más de dos tercios (68,1%) de los pacientes estudiados no habían presentado episodios previos de Ictus.

La mayoría de los pacientes que participaron en el estudio vivían en su domicilio, 63 (67%); de ellos vivían solos en el momento del contacto 5 pacientes (8%); eran independientes para las ABVD, pero vivían acompañados, 39 (62%); y vivían en su domicilio, pero precisaban de cuidador (formal o informal) por ser dependientes para ABVD, 19 (30%).

Uno de cada tres (33%) estaba institucionalizado en residencias geriátricas o en el Hospital Cruz Roja, en la Unidad de recuperación funcional, siendo esta última localización la más frecuente, con un total de 30 pacientes estudiados.

Valorando la capacidad para realizar las ABVD mediante la escala de Barthel, nos encontramos que el 43,6 % de los pacientes con Ictus que visitamos eran independientes, frente al 56,4 % que tenían algún grado de dependencia. Dentro de éstos, un 39,6% presentaban dependencia leve, un 22,6% moderada, un 5,6 % grave y un 32% eran dependientes totales.

Resultaron positivos para la escala EAT-10 un total de 16 casos (17%). A todos ellos se les realizó como prueba posterior el MECV-V para diagnóstico de disfagia.

De los 94 casos de Ictus que cumplían los requisitos para el estudio, detectamos un total de 12 disfgias; 9 de ellos (el 75 %) presentaban una disfagia a líquidos, de los cuales 7 (el 58,3 %) precisaban una dieta de consistencia tipo néctar y 2 (el 16,7 %) de tipo pudding. Los 3 casos restantes (el 25 %) eran disfgias a sólidos en pacientes con otras patologías causantes de dicho problema como son los laringectomizados

Del total de pacientes estudiados utilizó espesantes en la fase aguda, mientras estaba hospitalizado, el 21,3%.

Centrándonos en las disfgias a líquidos, por ser las más predominantes tras un episodio ictal, se observó que todos los casos presentaban algún grado de dependencia para las ABVD (Barthel < 80); concretamente, se registraron valores en dicha escala desde el 0, dependencia total, hasta 65 puntos en pacientes con más autonomía, y además, la mitad de ellos habían tenido algún episodio previo al actual. Vivían institucionalizados 7 de ellos (77,7%) y el resto residían en su domicilio precisando cuidador. Antes del alta hospitalaria precisaron espesante alimentario casi un 90% de ellos. Tras el alta, y al realizar el MECV-V, la consistencia más adecuada en la dieta era tipo néctar en 7 de los pacientes y necesitaban una consistencia más espesa, tipo pudding, 2 de ellos. Al realizar el seguimiento al 2º y 3º mes post-Ictus de estos pacientes, para ver la evolución de los signos y síntomas, se observó que en el 2º mes sólo uno de los pacientes había mejorado clínicamente por lo que 8 de ellos permanecían con alguna dificultad en la deglución. Al 3º mes continuaban 7 de ellos con alteraciones y uno se había recuperado totalmente.

4. Análisis Bivariante

Entre los pacientes con disfagia el 66,7% se encontraban institucionalizados frente al 28% en los no disfágicos ($p=0.02$). Respecto a la autonomía de los pacientes disfágicos un 83,3% presentaba algún grado de dependencia frente a un 52,4% de los que no padecían alteraciones en la deglución.

Usaron espesante alimentario en la fase aguda un 63,6% de pacientes diagnosticados de disfagia frente a un 16% que también lo necesitaron pero ya no padecían alteraciones en la deglución en el momento de la visita domiciliaria.

El tiempo transcurrido (tiempo de captación) entre el Ictus y la entrevista tras el alta, en disfágicos fue de 28,3 días y en no disfágicos 19,8.

Discusión

La prevalencia de disfagia tras el Ictus obtenida en el ámbito de la Atención Primaria, una vez concluido nuestro estudio, fue menor a la esperada (un 12,8% mediante un análisis frecuentista).

En la literatura revisada para la elaboración de este proyecto, se encuentra una gran variabilidad en cuanto a la prevalencia de la misma (entre el 27% y 69% durante la fase aguda)³. Durante esa fase aguda (14 días post-Ictus), la mitad de los pacientes o mueren o se recuperan del episodio ictal⁵, por lo que a partir de ese período cabría encontrar prevalencias en torno al 13-35%.

En base a los resultados obtenidos por la estadística frecuentista, y teniendo en cuenta la información previa en la literatura (priors), la prevalencia según inferencia bayesiana es del 18,8% encontrándose el verdadero valor del parámetro entre 13,7 y 24,3 con una probabilidad del 95%.

Esta variabilidad viene determinada por distintos factores:

- **El ámbito de realización del estudio:** si se lleva a cabo en hospitales de agudos o residencias geriátricas⁶, donde, por regla general, los pacientes presentan un mayor grado de dependencia y/o un mayor número de secuelas tras el Ictus (entre ellas la disfagia), encontrando así prevalencias más altas.
- **El tiempo que transcurre desde el episodio ictal hasta el inicio del estudio:** la literatura recoge porcentajes de disfagia más elevados durante la fase aguda tras el Ictus, que generalmente coincide con la estancia hospitalaria³. La estancia hospitalaria en los disfágicos fue de una mayor duración que en pacientes no disfágicos probablemente debido a la asociación de la disfagia con una presencia mayor de secuelas que ocasionan en el paciente una pérdida en su autonomía con diferentes grados de dependencia para las ABVD.

Una de las variables recogidas a través de la entrevista fue el uso de espesantes durante la fase aguda, en el hospital, para conocer si durante la estancia presentaron alguna alteración en la deglución. Se observó que un 16% de pacientes sin disfagia en el momento del contacto, sí habían utilizado espesantes los primeros días del ingreso, lo que hace presuponer la existencia de problemas en la deglución en algún momento de la enfermedad, tal y como se refleja en la bibliografía revisada⁶.

En cuanto a las limitaciones del estudio hay que destacar:

- La pérdida de pacientes ingresados en otras plantas de hospitalización por cuestiones de logística, no por diferencias en el diagnóstico ni en la gravedad del proceso.
- Al realizarse en el ámbito de la Atención primaria, y proceder a la captación tras el alta hospitalaria, la visita al paciente se retrasó en el tiempo y muchos de ellos ya estaban recuperados completamente del ACV.

- Por cuestiones económicas y temporales sólo se captaron a los pacientes residentes en Gijón, aunque no creemos que esta cuestión haya influido en el resultado del estudio.
- Se estudiaron más Ictus isquémicos que hemorrágicos, dado que la mayoría de estos últimos son derivados al Hospital Central de Asturias (Oviedo). Esto sí podría haber afectado a los resultados del estudio ya que los Ictus hemorrágicos generalmente implican una mayor severidad del episodio con unas secuelas más importantes.
- Hubo pérdidas por negativas a participar. (Tasa negativas 26%). Entre las negativas nos encontramos a gente joven, familiares que no querían que el paciente recordase de nuevo el cuadro ictal debido a la peor calidad de vida al alta...todo ello nos hizo pensar que el estudio se vio afectado por las negativas (se pudieron perder casos de disfagia).

Con respecto a la validez del instrumento empleado para identificar la disfagia en el estudio, indicar que el test ideal debería responder a una sensibilidad del 100% y a una especificidad lo más alta posible, cosa que no se dio en nuestro caso.

Pero, puestos a renunciar, mejor una alta sensibilidad que una alta especificidad, como ocurre con el MECV-V⁸. Con una alta sensibilidad habrá pacientes sobretratados, pero un ajuste de dieta y el uso de espesantes de forma temporal tienen menos riesgo que el pasar desapercibido y presentar como complicación una neumonía broncoaspirativa.

En los informes de alta no existía en ningún caso diagnóstico de disfagia tras el Ictus, únicamente en alguno se recomendaba dieta "pastosa". El conocimiento de los pacientes y/o cuidadores sobre el uso correcto del espesante era escaso, pues aunque lo conocían, sólo lo utilizaban para ciertos líquidos como el agua y no en todas las ocasiones. No relacionaban su uso con las comidas, por ejemplo, en la merienda (café con leche y galletas), en la que hay mezcla de texturas y un mayor riesgo de sufrir broncoaspiración.

Por todo ello, estaría justificado un mayor asesoramiento previo al alta del paciente con una continuidad y seguimiento de los casos por parte de la enfermera de atención primaria. En el caso de las disfgias encontradas en este estudio, la enfermera de primaria desconocía la existencia del problema, ya que los pacientes se encontraban aún institucionalizados, concretamente en el hospital de Cruz Roja. La mayoría de las disfgias a líquidos permanecían con síntomas sugestivos de la misma en el segundo y tercer mes tras el episodio. El seguimiento se hizo telefónicamente y esto condicionó a la hora de poder repetir el MECV-V al paciente y determinar así, con una mayor precisión, si permanecían con disfagia o no.

Como conclusión final, parece justificada la necesidad de realizar precozmente en el hospital el test de identificación de disfagia, para poder llevar a cabo una intervención adecuada a las necesidades del paciente, con un asesoramiento higiénico-dietético y prevenir así futuras complicaciones.

"Como conclusión final, parece justificada la necesidad de realizar precozmente en el hospital el test de identificación de disfagia, para poder llevar a cabo una intervención adecuada a las necesidades del paciente, con un asesoramiento higiénico-dietético y prevenir así futuras complicaciones"

Bibliografía

1. Guía de nutrición para personas con disfagia IMSERSO 2012 disponible en: http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/600077_guia_nutricion_disfagia.pdf. [acceso 20 de Junio de 2016].
2. Curto I, Calleja B, González R, Asensi JM, Aceves A. Manual básico de Neurología para Enfermería. Enfoque Editorial; 2012: 353-357.
3. Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con Ictus en Atención Primaria. 2009 disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_466_Ictus_AP_Lain_Entr_compl.pdf . [acceso 22 de Junio de 2016].
4. Foley NC, Martin RE, Salter KL, Teasell RW. A review of the relationship between dysphagia and malnutrition following stroke. *J Rehabil Med*. 2009 [acceso el 15 de Junio de 2016];41(9):707-13. doi: 10.2340/16501977-0415 disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19774302>. Saura E; Zanuy, E; Jbilou, A; Masferre, M; Rodriguez, S; Romeral, G. Disfagia y broncoaspiración en pacientes con Ictus agudo, ¿Es suficiente el test del agua? *Rev Cient Soc Esp Enferm Neurol*. 2010. 31:28-30
5. Torres Camacho MJ, Vázquez Perozo M, Parellada sabaté A, González Acosta ME. Disfagia en ancianos que viven en residencias geriátricas de Barcelona. *Gerokomos*. 2011; 22(1): 13-19
6. Campos Martin C, Rabat Restrepo JM. Alimentación de las personas con disfagia. Sociedad Andaluza de nutrición clínica y dietética. Disponible en: <http://sancyd.es/comedores/discapacitados/menu.dieta.disfagia.php>.
7. Guillén-Solà A, Martínez-Orfilab J, Boza Gómez R, Monleón Castelló S, y Marcoa E. Cribaje de la disfagia en el Ictus: utilidad de los signos clínicos y el método de exploración clínica de volumen viscosidad en comparación con la videofluoroscopia. *Rehabilitación*, 2011; 45 (4): 292-300.
8. Burgos R, Sarto B, Segurota H, Romagosa A, Puiggrós C, Vázquez C et al. Traducción y validación de la versión española de la escala EAT-10 (Eating Assessment tool-10) para el despistaje de la disfagia. *Nutrición Hospitalaria* 2012; 27(6): 2048-2054
9. Belafsky PC, Mouadeb DA, Rees CJ, Pryor JC, Postma GN. Validity and reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10). *PubMedPMID*: 19140539