

## CARTA CIENTÍFICA

## Repercusiones clínicas de la disfagia y la desnutrición en el paciente con ictus



### Clinical repercussions of dysphagia and malnutrition in the stroke patient

La disfagia orofaríngea funcional afecta a más del 30% de los pacientes que han sufrido un ictus. La variabilidad en su presentación clínica y la percepción subjetiva de los pacientes hace que haya un porcentaje de disfagia infra-diagnosticado, lo que es un problema grave por las complicaciones asociadas<sup>1</sup>. Por ello, es necesario tener métodos de cribado para identificar a la población que pueda estar sufriendo de dificultad para deglutir: fundamentalmente en nuestro medio los ancianos y los pacientes con enfermedades neurológicas<sup>2</sup>.

La disfagia puede implicar complicaciones nutricionales y respiratorias muy graves y muy frecuentes. La neumonía aspirativa secundaria a disfagia es la principal causa de muerte en pacientes con ictus durante el primer año de seguimiento posterior al alta hospitalaria<sup>2,3</sup>.

Por otro lado, la disfagia tiene un efecto directo sobre el estado de nutrición. Los pacientes desnutridos presentan un mayor riesgo de incapacidad y dependencia tras el ictus, a corto y a largo plazo<sup>4</sup>.

La relevancia de las repercusiones clínicas de la disfagia en estos pacientes y nuestra percepción de una escasa sensibilización del personal sanitario nos hizo plantearnos realizar un estudio observacional descriptivo de una cohorte de pacientes ingresados en la unidad de ictus del Complejo Asistencial Universitario de León (CAULE) durante 2 meses. El objetivo fue establecer la prevalencia de disfagia en los pacientes con ictus y sus posibles repercusiones clínicas. Se utilizó el test EAT-10 como método para cribar la disfagia ( $\geq 3$ : el paciente puede tener problemas para tragar de forma segura y eficaz y se considera positivo), que está validado en la población española<sup>5</sup> y la herramienta MUST para cribar la desnutrición (puntuación  $\geq 2$ : riesgo alto de desnutrición)<sup>3</sup>. Asimismo, para valorar la severidad del ictus se utilizó la escala NIHSS<sup>6</sup> (escala para evaluación cuantitativa del déficit neurológico tras un accidente vascular cerebral agudo) y la escala Rankin<sup>7</sup> para valorar, de forma

global, el grado de discapacidad física tras un ictus. Se divide en 7 niveles, desde 0 (sin síntomas) hasta 6 (muerte).

Los pacientes eran evaluados en las primeras 72 h tras sufrir un ictus y se volvían a revisar el mismo día del alta.

Este estudio se llevó a cabo de acuerdo con las directrices establecidas en la Declaración de Helsinki, y todos los procedimientos realizados en pacientes humanos fueron aprobados por el comité de ética y de investigación clínica del hospital. Se analizaron datos de 48 pacientes ingresados en la Unidad de Ictus del CAULE en los meses de marzo y abril de 2016. Se excluyeron 2 pacientes fallecidos en las primeras 24 h de evolución del ictus. Un 37,5% de los pacientes tenían alto riesgo nutricional al ingreso ( $MUST \geq 2$ ). Estos pacientes con alto riesgo nutricional fueron los que tenían ictus más graves dentro de la escala NIHSS al ingreso hospitalario ( $MUST \geq 2$ : 14 escala NIHSS frente a  $MUST < 2$  escala NIHSS 2,34;  $p < 0,005$ ). Los pacientes con riesgo alto de desnutrición también alargan su estancia hospitalaria: 12,33 días de ingreso frente a 8,59 días ( $p = 0,047$ ). Es significativo además que los pacientes con MUST de riesgo nutricional alto al ingreso presentan una mayor discapacidad física en la escala de Rankin al alta ( $p < 0,001$ ) (tabla 1). No se observaron diferencias en los resultados clínicos (MUST y EAT-10 de riesgo) en función de la edad al ingreso en la unidad de ictus.

El porcentaje de peso perdido medio tras el ingreso fue de 2,08% (DE: 2,01). Un 51,1% de los pacientes perdieron más del 2% de su peso en la primera semana, lo que se considera una pérdida de peso importante. La pérdida de peso mayor de la mediana del 2% se relacionó con una estancia hospitalaria mayor: 7,41 días (DE: 1,00) frente a 12,63 días (DE: 1,54) ( $p = 0,008$ ).

Respecto a la disfagia, un 14,6% de nuestros pacientes tuvieron un EAT-10  $\geq 3$ . Los pacientes que presentan EAT-10 positivo para disfagia permanecen más días ingresados: 12 frente a 9,77 días. Es significativo también, que los pacientes con disfagia sufren más discapacidad física al alta (28,57% de los pacientes con riesgo de disfagia presentan al menos discapacidad moderada al alta frente a 2,78% en aquellos con cribado de disfagia negativo;  $p = 0,01$ ). También se asocia tener disfagia al alta con haber perdido más del 2% de peso.

En conclusión, nuestros datos confirman que un alto porcentaje de los pacientes con ictus tienen alto riesgo de desnutrición, lo que se asocia a ictus de mayor severidad.

**Tabla 1** Relación entre la escala Rankin y el riesgo nutricional según el test MUST

	MUST bajo riesgo (< 2)	MUST alto riesgo (≥ 2)	Total
Rankin 0-2 (sin discapacidad-discapacidad leve)	30 (100%)	10 (55,6%)	40 (83,3%)
Rankin 3-6 (discapacidad moderada-muerte)	0 (0%)	8 (44,4%)	8 (16,7%)
Total	30	18	48

Tanto la desnutrición como la disfagia se asocian a una mayor estancia hospitalaria y un peor pronóstico funcional al alta de los pacientes. Por ello, consideramos que el cribado tanto de la desnutrición como de la disfagia no debería ser olvidado, como recomiendan las últimas guías internacionales<sup>8,9</sup>.

## Bibliografía

- Ballesteros Pomar MD, Arés Luque A. Nutrición basada en la evidencia en las enfermedades neurológicas. *Endocrinol y Nutr.* 2005;52 Supl 2:S97-101.
- Guillén-Solà A, Martínez-Orfila J, Boza Gómez R, Monleón Castelló S, Marco 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;45:292-300.
- Stratton RJ, Hackston A, Longmore D, Dixon R, Price S, Stroud M, et al. Malnutrition in hospital outpatients and inpatients: Prevalence, concurrent validity and ease of use of the "malnutrition universal screening tool" ("MUST") for adults. *Br J Nutr.* 2004;92:799 [consultado 2 Oct 2017]. Disponible en: [http://www.journals.cambridge.org/abstract\\_S0007114504002429](http://www.journals.cambridge.org/abstract_S0007114504002429)
- Bretón I, Cuerda C, Cambor M, Velasco C, Frías L, Higuera I, et al. Nutrición en el paciente con ictus. *Nutr Hosp Supl.* 2013;6:39-48.
- Peláez RB, Sarto B, Seguro H, Romagosa A, Puiggrós C, Vázquez C, et al. Traducción y validación de la versión en español de la escala EAT-10 (Eating Assessment Tool-10) para el despistaje de la disfagia. *Nutr Hosp.* 2012;27:2048-54.
- Brott T, Adams HP Jr, Olinger CP, Marler JR, Barsan WG, Biller J, et al. Measurements of Acute Cerebral Infarction. *Stroke.* 1989;20:864-70.
- Broderick JP, Adeoye O, Elm J. Evolution of the Modified Rankin Scale and Its Use in Future Stroke Trials. *Stroke.* 2017;48:2007-12.
- Burgos R, Bretón I, Cereda E, Desport JC, Dziewas R, Genton L, et al. ESPEN guideline clinical nutrition in neurology. *Clin Nutr.* 2018;37:354-96.
- American Heart Association Stroke Council Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, Adeoye OM, Bambakidis NC, Becker K, et al. 2018 Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke.* 2018;49:e46-110.

Paula Fernández Martínez<sup>a,\*</sup>, David E. Barajas Galindo<sup>a</sup>, Adrián Arés Luque<sup>b</sup>, Elena Rodríguez Sánchez<sup>b</sup> y María D. Ballesteros-Pomar<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Unidad de Nutrición Clínica y Dietética, Sección de Endocrinología y Nutrición, Complejo Asistencial Universitario de León, León, España

<sup>b</sup> Servicio de Neurología, Complejo Asistencial de León, León, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [paulafern12@gmail.com](mailto:paulafern12@gmail.com)  
(P. Fernández Martínez).