

Premio Póster Comité Científico  
XVI Reunión Anual SEDENE  
Noviembre 2009. Barcelona



# Disfagia y broncoaspiración En pacientes con ictus agudo, ¿es suficiente el test del agua?

**Autores:** E saura, E Zanuy, A Jbilou, M Masferre, S. Rodriguez, G. Romeral

*Centro de trabajo: Servicio de Neurología del Hospital del Mar .IMAS. Barcelona*

## Introducción

La disfagia es un trastorno de la deglución caracterizado por la dificultad en la preparación oral del bol o en el desplazamiento del alimento de la boca hasta el estómago. La disfagia es una complicación frecuente en la fase aguda de los paciente con ictus (27-50%) aunque no es considerada tradicionalmente como relevante, en los últimos años coincidiendo con la aparición de las unidades de ictus y enfermería especializada, la valoración de la disfagia ha cobrado importancia al demostrarse como un factor pronóstico.

Cerca de la mitad de los pacientes que sufren disfagia, mueren o se recuperan espontáneamente dentro de los primeros 14 días siguientes al ICTUS, dejando la mitad con déficit de deglución que puede impedir significativamente la función, la recuperación y la calidad de vida (Barer 1989).

Se conoce que los pacientes con Ictus en el momento de su llegada al Hospital y durante su estancia son prevalentes en déficits nutricionales (Axelsson 1989; Gariballa 1998<sup>a</sup>). La malnutrición está asociada a un aumento de la mortalidad y puede impedir la recuperación y perdurar la estancia en el Hospital, con el consiguiente coste (Smirthard 1993; Gariballa 1998). Como resultado la disfagia está asociada a un aumento del riesgo de muerte (Smirthard 1996).

## Objetivo

El objetivo principal de nuestro trabajo es añadir a nuestra trayectoria clínica del ictus agudo, el test de volumen-viscosidad para detectar y tratar disfagia orofaríngea y prevenir la aparición de broncoaspiración en paciente con disfagia silente (la disfagia silente es entre el 40-70% de los pacien-

tes con problemas persistentes de disfagia)

## Material y métodos

Se realizará el test de *volumen-viscosidad-pulsioximetría*, añadiéndolo al que ya se realiza en nuestra unidad de ictus que es el *test del agua*.

**1. Test Clínico de 30 ml de agua** (Nishiwaki. *J Rehabil Med* 2005;37:247-51)

**Método:** El paciente en posición de sedestación se le debe dar una cucharada de postre (o jeringuilla) de 5 ml dos veces consecutivas y posteriormente 20 ml de agua más. Si el paciente tose o se objetiva cambio en la voz durante o en el primer minuto post-ingesta se considera positivo.

La presencia de cualquier de los siguientes signos: *disfonia, disartria, alteración del reflejo nauseoso, tos voluntaria, cambio de la voz post-deglución*, condicionará que

al paciente se le considere afecto de disfagias orofaríngea y debe realizar una dieta disfágica y el agua con espesantes hasta nueva valoración.

#### Exploración:

SIGNOS/ SÍNTOMAS CLÍNICOS	Presente	Abolido	Alterado
<b>DISFONIA</b>			
<b>DISARTRIA</b>			
<b>REFLEJO NAUSEÓSO</b>			
<b>TOS VOLUNTARIA</b>			
<b>TOS DURANTE O POST-INGESTA</b> (Incluido primer minuto finalizada la ingesta)			
<b>CAMBIOS DE VOZ POST-INGESTA</b>			

## 2. Test de Volumen-Viscosidad-pulxioximetría

Todo paciente que ingrese con Ictus agudo, la enfermera responsable de la unidad de ictus realizará la siguiente evaluación:

- Paciente en sedestación de 45-55°, se determinará la saturación basal con pulsioximetría y se mantendrá la monitorización durante toda la exploración.
- Se evaluará a viscosidad líquida, néctar y pudding y en volúmenes crecientes de 3.5; 10; 15 ml.
- Signos de seguridad durante la deglución : tos, post o durante la ingesta, voz húmeda y desaturación entre 2-5 de la saturación

basal (signos de aspiración)

- Signos de eficacia en la deglución: sello labial, residuos orales, deglución fraccionada
- Se iniciará exploración a viscosidad néctar y volúmenes crecientes. Si aparecen signos de falta de seguridad en dos degluciones seguidas se pasará a la viscosidad siguiente más segura. Si no aparece alteración de la seguridad, se pasará a viscosidad líquida y finalmente pudding.

Variante del test propuesto por Dr. Clavé y exploración propuesta per Logemann (Manual for the Videofluoroscopic Study of Swallowing. 2 nd Edition. Pro-ed)

Volum/Viscosidad	1ml		3ml		5ml		10ml		15ml	
	seguro	inseguro	seguro	inseguro	seguro	inseguro	seguro	inseguro	seguro	inseguro
<b>Néctar</b>										
<b>Agua</b>										
<b>Pudding</b>										
<b>1/4 galleta</b>										
<b>Sat Basal</b>										

INSEGURO= Presencia de TOS Durante o postingesta (incluyendo 1er minuto post-ingesta), CAMBIO DEL TONO DE VOZ Post-ingesta, DESATURACIÓN entre 2-5% de la saturación basal.

## Conclusiones

Debido a la alta mortalidad y a la repercusión en la calidad de vida que supone la disfagia en los pacientes que han sufrido un Ictus , creemos tan importante la aplicación de una nueva escala de medición de la disfagia (test volumen-viscosidad), añadiéndola al test del agua, ya que creemos que es insuficiente para detectar y clasificar la disfagia.

No se ha aplicado todavía conjuntamente los dos tipos de test. Es por ello, que tras la introducción de esta nueva escala podremos obtener resultados favorables o no.

Además creemos de vital importancia para el trato de esta patología, la valoración por parte del logopeda, así como la necesidad de añadir la videofluoroscopia a la hora de detectar disfagias más complicadas, siendo lo más importante trabajar con los mismos objetivos, individualizados para cada paciente.

## Bibliografía

1. Bath PMW, Bath FJ, Smithard DG.. Intervenciones para la disfagia en el accidente cerebrovascular agudo (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
2. Fecha de la modificación significativa más reciente: 4 de marzo de 1999
3. Deborah J.C. Ramsey, David G. Smithard and Lalit Kalra
4. Stroke 2003;34;1252-1257; originally published online Apr 3, 2003;
5. Daniels, Ballo, Mahoney. Clinical predictors of dysphagia and aspiration risk: outcome measures in acute stroke patients. Arch Phys Med Rehabil 2000; 81: 1030-3 .
6. Barer D. The natural history and functional consequences of dysphagia after hemispheric stroke. J Neurol Neurosurg Psy 1989; 52: 236-241.
7. Nishiwaki K, Tsuji T, Liu M , Hase K et al. Identification of a simple screening tool for dysphagia in patients with stroke using factor analysis of multiple dysphagia variables. J Rehabil Med 2005; 37: 247-51.
8. Disfagia. Bleeckx. 2004.Ed. McGraw-Hill- Interamericana
9. J Logemann. Evaluation and treatment of swallowing disorders. 2on edtion. Pro Ed. Austin Texas. 1998) (Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America. 2008; 19: 747-768).