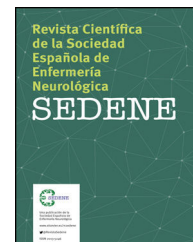




Enfermería Neurológica

www.elsevier.es/rcsedene



ORIGINAL

Valoración de la disfagia con el test método exploración clínica volumen-viscosidad en pacientes ingresados tras un accidente cerebrovascular



Estela Hernández-Bello^{a,*}, Lorena Castellot-Perales^b y Concepción Tomás-Aznar^c

^a Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España

^b Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

^c Departamento de Fisiatria y Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Zaragoza, Zaragoza, España

Recibido el 20 de abril de 2018; aceptado el 3 de agosto de 2018

Disponible en Internet el 6 de diciembre de 2018

PALABRAS CLAVE

Disfagia;
Ictus;
Alteración de la
Deglución

Resumen

Objetivo: Describir la frecuencia y los factores asociados de disfagia en los pacientes ingresados por ictus en la Unidad de Neurología del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza), y analizar el VPP y el VPN del método de exploración clínica volumen-viscosidad (MECV-V).

Métodos: Estudio descriptivo transversal para evaluar la capacidad de detección de la disfagia del test MECV-V, y seguimiento de su evolución durante 7 días.

Resultados: El 87,7% de nuestros pacientes no presentaban disfagia; la población estaba formada por 81 sujetos, 65,4% hombres, con una media de edad de 72,84 años, ACV de origen isquémico en el 59,3%, sin antecedentes de ACV en el 86,4% y nivel de dependencia leve en el 48,1% medido con Barthel. El test fue realizado en las primeras 24 h al 79% de los sujetos, y se adoptaron medidas dietéticas en el 56,8%. Siete pacientes (8,6%) presentan signos de falta de seguridad la primera semana. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre la disfagia y la dependencia, con los signos de falta de seguridad durante la ingesta en los días posteriores, y con la dieta. El VPP y el VPN para el test MECV-V en nuestros pacientes fueron de 14,28 y 94,11%, respectivamente.

Conclusiones: Los pacientes no presentaron en su mayoría problemas de deglución, debido a la detección precoz con el test MECV-V y las medidas dietéticas que parece que reducen el riesgo de presentar complicaciones asociadas a la disfagia.

© 2018 Sociedad Española de Enfermería Neurológica. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: estelahbello@gmail.com (E. Hernández-Bello).

KEYWORDS

Dysphagia;
Stroke;
Deglutition disorder

Assessment of dysphagia with the V-VST in patients hospitalised after a stroke**Abstract**

Objective: The objective of this study is to describe the frequency of dysphagia and the associated factors in stroke patients hospitalised in the Neurology Unit of the *Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa*, in Zaragoza, as well as to analyse the PPV and NPV of the volume-viscosity swallow test (V-VST).

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on stroke patients in order to assess the detectability of dysphagia using the V-VST and to track their progress for 7 days.

Results: The large majority (87.7%) of the patients did not have dysphagia. The study population included 81 subjects, of which 65.4% were men with a mean age of 72.84 years. The stroke was ischaemic type in 59.3% of cases, with no previous history of stroke in 86.4%, and with a slight dependence in 48.1% measured with Barthel index. The test was performed in the first 24 h in 79% of the population, with preventive dietary measures being introduced in 56.8% of patients. Some signs of lack of security were observed in 7 patients (8.6%) in the first week. Significant statistical relationships were found between the dysphagia and the dependence, signs of lack of security during the intake in the following days, and the type of diet. The PPV and NPV for V-VST in our patients was 14.28 and 94.11%, respectively.

Conclusions: The majority of patients did not have swallowing disorders due to their early detection with the V-VST, along with the dietary measures that appeared to reduce the risk of complications associated with dysphagia.

© 2018 Sociedad Española de Enfermería Neurológica. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Los accidentes cerebrovasculares (ACV) representan la tercera causa de muerte en el mundo occidental, la segunda de demencia y la primera de discapacidad física en las personas adultas, siendo una de las complicaciones potenciales la disfagia o alteración de la deglución^{1,2}, que es padecida por, aproximadamente, el 30% de los pacientes³⁻¹⁴.

En el precongreso sobre disfagia orofaríngea en pacientes con ictus, celebrado en Barcelona en 2012, se estableció que la investigación en disfagia debe estar basada en la evidencia, para que se establezcan guías de práctica clínica que mejoren el tratamiento de la disfagia¹⁵. Para ello existen diferentes métodos⁸. El *gold standard* es la videofluoroscopia, una técnica radiológica dinámica que permite el análisis en tiempo real de la propulsión del bolo de la boca al esófago a través de la obtención de una secuencia de imágenes en perfil lateral y anteroposterior^{6,12,13,16-18}. Es un recurso caro, que no está disponible en todos los hospitales^{6,8,19,20}, por lo que se dispone de los métodos de exploración clínica o *clinical bedside assessment*, fáciles de realizar y con un grado de recomendación B de la *Scottish Intercollegiate Guidelines Network*^{8,13,19,21}.

El método de exploración clínica volumen-viscosidad (MECV-V), desarrollado por el Dr. Clavé y su equipo, es útil para identificar la disfagia orofaríngea^{6,18,21-24}. Se basa en que la disminución del volumen del bolo y el aumento de la viscosidad mejoran la seguridad de la deglución^{18,21}. Es capaz de diagnosticar la aspiración con una sensibilidad diagnóstica del 83-85% y una especificidad del 64,7-69%^{6,8,22}. Permite reconocer la disfagia, evitar la broncoaspiración y ajustar la dieta para evitar complicaciones posteriores, es

asequible a cualquier entorno y tiene un bajo coste^{6,22}. Además, al combinarlo con la medición del índice de Barthel se puede proponer un plan completo de cuidados al paciente con disfagia^{22,24}.

Objetivo

Obtener datos sobre la capacidad diagnóstica del test MECV-V valorando si se realiza correctamente la evaluación, midiendo signos indicativos de broncoaspiración con el test y en los días posteriores durante el ingreso del paciente, con el objetivo de describir la frecuencia de disfagia y los factores asociados, así como conocer la evolución dietética del paciente durante su ingreso hospitalario.

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo transversal en pacientes ingresados por ACV en la Unidad de Neurología-ICTUS del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa durante los meses de febrero a mayo de 2016, a los que se les realizó el test MECV-V, analizándose la disfagia en los pacientes y los valores predictivos positivos y negativos (VPP y VPN) del test MECV-V, según los signos que presentan 7 días tras la valoración y que se consideran de falta de seguridad (tos, referir atragantamiento).

Para evaluar la deglución se administraron bolos de 5, 10 y 20 ml de texturas néctar, pudín y líquido, tras mezclar líquido con espesante, mientras se monitorizó la saturación^{5,6,8,11,12,14,18,21-23,25,26}. Si durante la exploración el paciente presentó algún signo de alteración de la deglución,

la prueba se consideró positiva, es decir, el paciente no fue capaz de alimentarse a esa viscosidad y volumen del bolo. En el caso contrario, se consideró negativa^{8,18,21,23,26}.

Se incluyeron todos los pacientes ingresados en el período comprendido con diagnóstico de ACV a los que se realizó el test MECV-V, un total de 81, seleccionados a través de los datos clínicos de las historias clínicas y las órdenes de tratamiento, y del programa Gacela Care®, a los que además se les pudo realizar el seguimiento de los signos de falta de seguridad durante 7 días.

La variable dependiente de este estudio fue la valoración de la deglución; y las independientes, edad, sexo, diagnóstico de ACV, antecedentes de ACV, índice de Barthel, tiempo en horas desde el ACV hasta la realización del test MECV-V, dieta, signos de falta de seguridad durante la ingesta, exitus y consulta a logopedia.

El análisis de datos se realizó con el programa IBM® SPSS® Statistics for Windows, versión 21.0 (2012). Se realizó un análisis descriptivo univariante, y un estudio bivariante con la prueba Chi cuadrado/test exacto de Fisher, calculando un intervalo de confianza al 95% para todas las variables. Se realizó también una valoración de los VPP y VPN del test MECV-V.

Consideraciones éticas

El proyecto fue remitido a las direcciones médica y de enfermería del hospital, al Comité de Ética del hospital, y además se solicitó permiso a la jefa de servicio y supervisora de la unidad, para la revisión de las historias clínicas.

Resultados

La población final estuvo formada por 81 pacientes con una media de edad de 72,84 años (DT 12,53), de los que 53 sujetos (65,4%) eran hombres. El ACV más frecuente fue el de origen isquémico (48 casos; 59,3%), y la gran mayoría de los pacientes, 70 (86,4%), no tenían antecedentes de ACV en su historia clínica. La evaluación del índice de Barthel revela que los pacientes presentaban una dependencia leve para las ABVD, con una puntuación media de 61,17 puntos (DT 29,41).

A la mayoría de los pacientes del estudio, 64 (79%), se les realizó el test MECV-V en las primeras 24 h de ingreso en el hospital. Se detecta que 71 (87,7%) no tienen disfagia, y en 5 pacientes (6,2%) se repite la valoración, siendo el resultado final negativo. Tras esta primera valoración de la disfagia, se reinicia la dieta adaptándola a cada paciente, siendo la más frecuente la «triturada con líquidos con espesantes», tolerada por 32 pacientes (39,5%), seguida de la dieta «normal» para 26 pacientes (32,1%). Solo hubo 2 pacientes (2,5%) que requirieron sonda nasogástrica para la alimentación enteral tras el ACV. En 70 (86,4%) pacientes no se realizó modificación dietética durante el ingreso.

En cuanto a los signos de falta de seguridad durante la ingesta, medidos y registrados en los 7 días posteriores a la primera evaluación (tos, problemas al deglutir, que el paciente refiera «atrágantarse»), se observa que en 68 (84%) pacientes no se presentaron. Solo 7 (8,6%) pacientes fallecieron durante la primera semana de ingreso (tabla 1).

En el estudio bivariante se observaron solo relaciones significativas entre la disfagia y las variables índice de Barthel ($p < 0,001$), signos de falta de seguridad durante la ingesta en los 7 días posteriores ($p < 0,001$), y con las 2 variables que contabilizan las dietas ($p < 0,001$ para ambas). Con las variables sexo ($p = 0,273$), edad ($p = 0,833$), diagnósticos ($p = 0,214$), tiempo desde el ingreso por ACV hasta la realización de la valoración de la disfagia ($p = 0,214$), ACV previo ($p = 0,527$), exitus durante el ingreso ($p = 0,172$) y colaboración con logopedia ($p = 0,101$) no se encuentra significación (tabla 2).

Para conocer la asociación del test MECV-V y la dieta adaptada se agrupan las dietas en 3 categorías: «dietas de no disfagia», «dieta triturada y/o espesantes» y «sonda nasogástrica y absoluta». Se observó que aquellos que no presentaron problemas de deglución reiniciaron tolerancia con una dieta de no disfagia, y a aquellos que sí presentaron alteraciones se les dejó en dieta absoluta, o con alimentación enteral por sonda nasogástrica. En cambio, aquellos que llevaron dieta triturada y/o con espesantes para líquidos tenemos un paciente (1,2%) que sí presentó disfagia, y 45 (55,6%) que no. Esto es debido a que, a pesar del resultado negativo del test, se tomaron medidas de prevención de complicaciones en la ingesta durante el ingreso de dichos pacientes, como fueron el inicio de tolerancia dietética con dieta triturada o con espesantes, elevar el cabecero de la cama o no utilizar pajitas para beber líquidos (tabla 3).

Considerando el MECV-V como el *gold standard* de disfagia para nuestros pacientes, se tomaron los signos de falta de seguridad durante la ingesta, medidos y registrados en los 7 días posteriores a la realización del test, para conocer los VPP y VPN. Se observó que 7 (8,6%) pacientes sí presentaron falta de seguridad durante la deglución, 68 (84%) no, y en 6 (7,4%) no se pudo medir por cuestiones relacionadas con el tipo de alimentación. Eliminamos estos 6 últimos casos, quedando 75 para la valoración de la fuerza diagnóstica del test MECV-V. El VPP para el test MECV-V en nuestros pacientes fue 14,28%, y el VPN, 94,11%. El test MECV-V fue capaz de detectar únicamente el 14,28% de los pacientes que sí tuvieron disfagia, pero el 94,11% de aquellos que tuvieron problemas de seguridad en la deglución fueron detectados con el test (tabla 4).

Discusión

El presente estudio evalúa la capacidad diagnóstica del test MECV-V, los factores asociados y la evolución dietética de los pacientes durante su ingreso.

La gran mayoría de nuestros pacientes requirieron adaptación dietética. Son varios los trabajos que nombran dietas adaptadas como medida preventiva de complicaciones asociadas a la disfagia, y podemos suponer que el procesamiento de los alimentos es similar. En 3 estudios se informa de que el 82,7, el 45,6 y el 84,6% de los pacientes, respectivamente, requirieron una dieta de disfagia, y en uno se especifica que el 35,7% de su población tuvo que seguir dieta triturada^{6,8,11,27}. En cambio, encontramos 2 que difieren de lo obtenido. El primero señala que el 52,5% de sus pacientes requirieron sonda nasogástrica, y un 32% PEG; y el segundo obtiene que la dieta más frecuente, con el 54,6% de su población, fue la normal^{10,25}.

Tabla 1 Descripción de la población de estudio (N = 81)

	N (%)	Media $\pm$ DT	Moda	Mín. -máx.
<i>Edad (años)</i>				
< 65	23 (28,4)	72,84 $\pm$ 12,530	85	29-94
66-75	22 (27,2)			
76-85	25 (30,9)			
> 86	11 (13,6)			
<i>Sexo</i>				
Mujer	28 (34,6)			
Hombre	53 (65,4)			
<i>Índice de Barthel</i>				
Dependencia total	8 (9,9)	61,17 $\pm$ 29,414	90	0-100
Dependencia grave	10 (12,3)			
Dependencia moderada	16 (19,8)			
Dependencia leve	39 (48,1)			
Autónomo	8 (9,9)			
<i>Diagnósticos</i>				
ACV hemorrágico	17 (21)			
ACV isquémico	48 (59,3)			
ACV origen desconocido	16 (19,8)			
<i>Tiempo desde ACV hasta la realización del test MECV-V</i>				
Hasta 24 h	64 (79)			
Entre 24 y 48 h	12 (14,8)			
Más de 48 h	5 (6,2)			
<i>Primer MECV-V</i>				
Disfagia	10 (12,3)			
No disfagia	71 (87,7)			
<i>Segundo MECV-V</i>				
No disfagia	5 (6,2)			
No se valora	76 (93,8)			
<i>Dieta tras el primer MECV-V</i>				
Triturada + espesante	32 (39,5)			
Normal	26 (32,1)			
Absoluta	7 (8,6)			
Triturada	11 (13,6)			
Sonda nasogástrica	2 (2,5)			
Normal + espesantes	2 (2,5)			
Triturada sin líquidos	1 (1,2)			
<i>Dieta 2</i>				
Triturada + espesante	5 (6,2)			
Absoluta	2 (2,5)			
Triturada	1 (1,2)			
Sonda nasogástrica	3 (3,7)			
Sin cambios	70 (86,4)			
<i>Signos de falta de seguridad 7 días MECV-V</i>				
Sí	7 (8,6)			
No	68 (84)			
No se mide	6 (7,4)			
<i>ACV previo</i>				
Sí	11 (13,6)			
No	70 (86,4)			
<i>Exitus</i>				
Sí	7 (8,6)			
No	74 (91,4)			
<i>Colaboración con logopedia</i>				
Sí	2 (2,5)			
No	79 (97,5)			

Tabla 2 Resultados del test MECV-V y factores asociados

	Resultado test MECV-V		Chi cuadrado (p)	Fisher (p)
	Disfagia sí, n (%)	Disfagia no, n (%)		
<i>Sexo</i>			1,201 (0,273)	-
Mujer	5 (6,2)	23 (28,4)		
Hombre	5 (6,2)	48 (59,3)		
<i>Edad (años)</i>			0,867 (0,833)	33,619 (0,841)
< 65	4 (4,9)	19 (54,3)		
66-75	2 (2,5)	20 (24,7)		
76-85	3 (3,7)	22 (27,2)		
> 86	1 (1,2)	10 (12,3)		
<i>Diagnósticos</i>			3,087	7,490
ACV hemorrágico	2 (2,5)	15 (18,5)		
ACV isquémico				
ACV de origen desconocido				
	4 (4,9)	44 (54,3)	(0,214)	(0,674)
	4 (4,9)	12 (14,8)		
<i>Índice de Barthel</i>			26,6 (< 0,001)	19,528 (< 0,001)
Dependencia total	5 (6,2)	3 (3,7)		
Dependencia grave	3 (3,7)	7 (8,6)		
Dependencia moderada	1 (1,2)	15 (18,5)		
Dependencia leve	1 (1,2)	38 (46,9)		
Autónomo	0	8 (9,9)		
<i>Tiempo desde ACV hasta la realización del test MECV-V</i>			11,193 (0,004)	17,724 (0,214)
Hasta 24 h	6 (7,4)	58 (71,6)		
Entre 24 y 48 h	1 (1,2)	11 (13,6)		
Más de 48 h	3 (3,7)	2 (2,5)		
<i>Signos de falta de seguridad</i>			30,590 (< 0,001)	19,036 (< 0,001)
Sí	1 (1,2)	4 (4,9)		
No	6 (7,4)	64 (79)		
<i>Dieta 1</i>			72,599 (< 0,001)	45,982 (< 0,001)
Triturada + espesantes	0	32 (39,5)		
Normal	0	26 (32,1)		
Absoluta	7 (8,6)	0		
Triturada	1 (1,2)	10 (12,3)		
Sonda nasogástrica	2 (2,5)	0		
Normal + espesantes	0	2 (2,5)		
Triturada sin líquidos	0	1 (1,2)		
<i>Dieta 2</i>			38,096 (< 0,001)	22,193 (< 0,001)
Triturada + espesantes	5 (6,2)	0		
Absoluta	0	2 (2,5)		
Triturada	0	1 (1,2)		
Sonda nasogástrica	0	3 (3,7)		
Sin cambios	5 (6,2)	65 (80,2)		
<i>ACV previo</i>			0,401 (0,527)	(0,619)
Sí	2 (2,5)	9 (11,1)		
No	8 (9,9)	62 (76,54)		
<i>Exitus</i>			1,864 (0,172)	(0,206)
Sí	2 (2,5)	5 (6,2)		
No	8 (9,9)	66 (81,5)		
<i>Colaboración con logopedia</i>			2,687 (0,101)	(0,233)
Sí	1 (1,2)	1 (1,2)		
No	9 (11,1)	70 (86,4)		

Tabla 3 Adaptación de la dieta a la deglución de los pacientes

Relación entre el MECV-V y la dieta			
	MECV-V, n (%)		Total
	Disfagia	No disfagia	
No disfagia (normal)	0	26 (32,1)	26
Dieta triturada y/o espesantes	1 (1,2)	45 (55,6)	46
Otras (sonda nasogástrica y absoluta)	9 (11,1)	0	9
Total	10 (12,3)	71 (87,7)	81

Tabla 4 Valores de referencia para el cálculo de los valores predictivos positivos y negativos del test MECV-V

	VPP y VPN del test MECV-V/signos de falta de seguridad		
	MECV-V +Disfagia	MECV-V –No disfagia	
Falta de seguridad +	1	6	7
Falta de seguridad –	4	64	68
Total	5	70	75

En cuanto al tiempo de realización del test MECV-V desde el ingreso en el hospital por ACV, encontramos que solo en 3 estudios se realizó en las primeras 24 h^{15,20,22}. Por último, en la investigación de Bakhtiyari et al.⁴ realizan una medición de cómo influye el tiempo de inicio de una terapia rehabilitadora de la deglución tras un ACV en un mayor éxito de la misma, obteniendo en sus resultados que el grupo que menos tiempo dejó pasar para empezar la terapia solo requirió 10 sesiones, frente a las 32 del grupo que empezó más tarde.

La medición de los signos de falta de seguridad durante la ingesta 7 días tras la valoración de la disfagia, que realizamos en el presente estudio, no se recoge en ningún estudio consultado. Solo uno indica los «atragantamientos» que han tenido los pacientes en los 6 meses anteriores a la valoración de la disfagia, siendo el 15,4% de los que revelaron disfagia con el MECV-V¹¹. Lo más similar a nuestra valoración se encuentra en 2 investigaciones que indican los porcentajes de neumonía broncoaspirativa de sus pacientes tras haberse realizado la valoración de la deglución, siendo el 17,7 y el 8,7%, respectivamente^{8,25}. En algunos estudios se recogen medidas que evidencian falta de seguridad (complicaciones respiratorias) durante la deglución de los pacientes^{6,10,14,19}.

El número de éxitos en el presente trabajo es muy bajo, encontrando en los estudios de referencia cifras extremas: o mucho mayores o mucho menores^{6,8}. Tampoco se realizan un gran número de colaboraciones con la logopeda del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, al contrario que en la investigación de Ferrero López et al. de 2009, en que se requirió para el 36,3% de su población⁶.

En los resultados obtenidos en nuestra muestra se detecta un número muy bajo de casos de disfagia, ya que solo un 12,3% de los pacientes tuvieron un MECV-V positivo. En la literatura encontramos trabajos en los que se realiza la valoración de la deglución con el test MECV-V; en otros, el test MECV-V es realizado junto con el *gold standard*, la videofluoroscopia; y por último, se encuentran algunas investigaciones en las que se utilizan otros métodos *bedside*.

En todos se obtienen cifras de disfagia mucho más elevadas a las presentes.

Las investigaciones que utilizan el método MECV-V para la detección de la disfagia aportan cifras que oscilan entre el 38,6²² y el 47,4%⁷. Lo más frecuente fue encontrar cifras en torno al 45%, como ocurre en varios estudios donde la prevalencia de disfagia fue de 42,6²⁷ o 47,5%¹⁴ en uno que utilizó los 2 primeros años una adaptación del test del agua, y los 4 siguientes el test MECV-V. Los propios autores señalan que el test MECV-V detecta con mayor fiabilidad los casos de disfagia. Con cifras algo más elevadas están los resultados que obtuvieron frecuencias de disfagia de 52,6 y 53,5%^{8,25}. Los que obtienen la cifra de 53,5% realizan 2 tipos de valoraciones del test MECV-V: el propio MECV-V en un grupo, y el test MECV-V-G, que es una adaptación del primero para pacientes con demencia avanzada, y la comparan con una «anamnesis dirigida» que valora la existencia de disfagia a través de episodios de atragantamiento, o la necesidad de espesar los líquidos²⁵. Con prevalencias algo más elevadas encontramos los trabajos de Ferrero López et al., realizado uno en 2012¹¹ y otro en 2009⁶. En el más reciente, tras valorar la deglución con el MECV-V, los autores obtienen dificultades para tragar en el 65% de los sujetos de su muestra. En el de 2009, confirman la presencia de disfagia en el 75% de los pacientes evaluados. Estos autores también realizan una segunda valoración, en el 25,4% de los pacientes que presentaron disfagia en la evaluación inicial, habiendo desaparecido la disfagia en el 28,6% de ellos.

Con cifras que están alrededor de la mitad de la población con disfagia orofaríngea se encuentran 2 estudios^{19,28}. Los primeros utilizan como método de detección un instrumento de recogida de 32 ítems, llamado MASSEY, en el que se evaluaba las condiciones físicas de los pacientes, y una prueba de ingesta en la que se dieron líquidos de diferentes consistencias, que se denomina test GUSS. También se valieron de la FEES para detectar aspiraciones, obteniendo un porcentaje de disfagia del 46,5%. Los segundos, con el

test del agua y la saturación, detectan que el 52% de sus pacientes tuvieron una aspiración¹⁹.

En cuanto a las relaciones estadísticamente significativas que establecemos en nuestro estudio, encontramos que, al igual que nosotros, en todos los estudios consultados también existió relación entre la disfagia y la dependencia medida con Barthel^{6,7,11,25}, y entre la disfagia y los volúmenes y consistencias de las dietas²⁵.

Con respecto a las relaciones que nosotros no encontramos estadísticamente significativas en el presente estudio, tampoco se encuentran entre la disfagia y el sexo^{7,10,11,14,23} ni entre la disfagia y la mortalidad^{6,7}. De manera opuesta a los resultados que obtenemos, sí se encuentra relación entre la disfagia y la edad en la mayoría de la bibliografía consultada, de tal manera que las personas de mayor edad presentan más disfagia^{7,14,23,25}. También difieren de nuestros resultados aquellos que encontraron relación entre los antecedentes de ACV y un mayor riesgo de disfagia^{11,14,23}.

A pesar de no encontrar ninguna investigación que mida la relación entre el tiempo que pasa desde la valoración de la disfagia y su posterior aparición, o los signos de falta de seguridad durante la ingesta 7 días después, hay 2 autores que, de manera similar, estudian relaciones significativas inversas entre el inicio temprano de la rehabilitación y la disfagia, y entre la disfagia y el riesgo de aspiración, respectivamente^{4,8}.

En cuanto a los VPP y VPN, se ha observado que no es fácil realizar comparaciones con otras investigaciones, debido a la diversidad de criterios, métodos de evaluación y características clínicas y demográficas de los pacientes. Se obtuvieron unos VPP y VPN de 14,28 y 94,11%, respectivamente, para el MECV-V en comparación con los signos de falta de seguridad durante la ingesta en el seguimiento de 7 días posteriores. Lo ideal sería comparar el método MECV-V con el *gold standard*, la videofluoroscopia, como en uno de los estudios donde se obtuvo un VPN del 100%, con una sensibilidad del 100% y una especificidad del 14,9%⁸. En una de las investigaciones consultadas, en la que comparan el test MECV-V y su adaptación para pacientes con demencia avanzada con una «anamnesis dirigida» que valora la existencia de disfagia a través de episodios de atragantamiento o la necesidad de espesar los líquidos, se detecta que, tomando el MECV-V como *gold standard*, este presentó un VPP de 82,6% y un VPN 57,1%, con una sensibilidad del 41,3% y una especificidad del 90%.

El test MECV-V en el presente estudio detecta 10 casos de disfagia, y solo 7 pacientes presentan signos de falta de seguridad durante la ingesta en los días posteriores. La elevada cifra de VPN nos lleva a concluir que las complicaciones asociadas a la disfagia se ven reducidas.

En la realización de este trabajo se han encontrado algunas limitaciones relacionadas con el registro de las variables «diagnóstico», porque no se utilizó ninguna taxonomía; y «MECV-V», ya que se registró únicamente la valoración final (positivo o negativo) del mismo.

En resumen, los pacientes diagnosticados de disfagia deben tener un tratamiento individualizado y basado en la evidencia, incluyendo dieta adaptada con alimentos sanos y seguros que proporcionen hidratación y nutrición. En todo plan de cuidados es importante incluir a la familia y no olvidar que la alimentación es un acto social que puede afectar a la calidad de vida de nuestros pacientes. Muchas de las

medidas compensatorias de la deglución forman parte de los cuidados de enfermería^{3,12,17,26}. Por ello, es importante ahondar en la formación continuada^{5,6,10,18,22,28,29}.

Conclusiones

Se concluye que el test MECV-V es un buen método para la detección de la disfagia, ya que fue capaz de detectar más pacientes con disfagia que pacientes tuvieron complicaciones por un mal diagnóstico previo. Con la mayoría de los pacientes se tomaron medidas dietéticas específicas que se reflejaron en que hubo muy pocos pacientes que mostraron signos de falta de seguridad durante la ingesta, y no hubo un número elevado de fallecimientos. Se comprobó que la disfagia está relacionada con la dependencia para las ABVD medida con el índice de Barthel, los signos de falta de seguridad en la ingesta durante los 7 días posteriores y el tipo de dieta que se adapta al paciente.

Hay que interpretar los resultados obtenidos con cautela, y tener en cuenta que algunas relaciones que no han resultado significativas sí que podrían serlo en caso de contar con un tamaño mayor de la muestra.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A todo el personal (fijo y temporal) que trabajó en la Unidad de Neurología del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa durante el período de realización de este estudio, por su disposición y ayuda en la elaboración de este trabajo. En especial, a Irene Arce, por seguir enseñándome tanto cada día.

Bibliografía

1. Sorribes Capdevila M, Alzamora Sas MT, Vila Morientes N, Forés Raurell R, Vicheto Capdevila M, Heras Tebas A. Abordaje de los ictus: colaboración entre Atención Primaria y Especializada. *SEMERGEN*. 2005;31:314–8.
2. Fernández Benito RE, López Rojo N, Martín Toral S, Zubillaga Cué E. Plan de cuidados de enfermería estandarizado del paciente con ictus. *Fundación de Enfermería de Cantabria*. Nuberos Científica. 2012 [consultado 28 Ene 2016];1(7). Disponible en: <http://www.enfermeriacantabria.com/enfermeriacantabria/web/fundacion-es/1112/3117?ntotal=16&pag=>.
3. Barbié Rubiera A, Marcos Plasencia LM, Aguilera Martínez Y. Disfagia en pacientes con enfermedad cerebrovascular. *Actualización. MediSur*. 2009;7:36–44.
4. Bakhtiyari J, Sarraf P, Nakhostin Ansari N, Tafakhori A, Logemann J, Faghihzadeh S, et al. Effects of early intervention of swallowing therapy on recovery from dysphagia following stroke. *Iran J Neurol*. 2015;14:119–24.
5. Saura E, Zanuy E, Jbilou A, Masferre M, Rodríguez 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.

6. Ferrero López MI, Castellano Vela E, Navarro Sanz R. Utilidad de implantar un programa de atención a la disfagia en un hospital de media y larga estancia. *Nutr Hosp.* 2009;24:588-95.
7. Carrión S, Cabré M, Monteis R, Roca M, Palomera E, Serra-Prat M, et al. Oropharyngeal dysphagia is a prevalent risk factor for malnutrition in a cohort of older patients admitted with an acute disease to a general hospital. *Clin Nutr.* 2015;34:436-42.
8. Guillén-Solá 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.
9. Trapl M, Enderle P, Nowotny M, Teuschl Y, Matz K, Dachenhausen A, et al. Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients. *Stroke.* 2007;38:2948-52.
10. Cocho D, Sagales M, Cobo M, Homs I, Serra J, Pou M, et al. Reducción de la tasa de broncoaspiración con el test 2 volúmenes/3 texturas con pulsioximetría en una unidad de ictus. *Neurología.* 2017;32:22-8.
11. Ferrero López MI, García Gollarte JF, Botella Trelis JJ, Juan Vidal O. Detección de disfagia en mayores institucionalizados. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2012;47:143-7.
12. Rofes L, Arreola V, Almirall J, Cabré M, Campins L, García-Peris P, et al. Diagnosis and management of oropharyngeal dysphagia and its nutritional and respiratory complications in the elderly. *Gastroenterol Res Pract.* 2011;2011:1-13.
13. Cabre M, Serra-Prat M, Palomera E, Almirall J, Pallares R, Clavé P. Prevalence and prognostic implications of dysphagia in elderly patients with pneumonia. *Age Ageing.* 2010;39:39-45.
14. Cabré M, Serra-Prat M, Force L, Almirall J, Palomera E, Clavé P. Oropharyngeal dysphagia is a risk factor for readmission for pneumonia in the very elderly persons: Observacional prospective study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2014;69:330-7.
15. Screening, diagnosis and treatment of oropharyngeal dysphagia in stroke patients. European Society for Swallowing Disorders. Precongress Course on Oropharyngeal Dysphagia in Stroke Patients. 2 ESSD Congress. Barcelona, 25 October 2012.
16. Wirth R, Dziewas R, Beck AM, Clavé P, Hamdy S, Heppner HJ. Oropharyngeal dysphagia in older persons-From pathophysiology to adequate intervention: A review and summary of an international expert meeting. *Clin Interv Aging.* 2016;11:189-208.
17. Oropharyngeal dysphagia in adult patients. European Society for Swallowing Disorders. 2 ESSD Congress. Barcelona, 25 October 2012.
18. Curso abordaje integral de la disfagia y tratamiento nutricional adaptado. Aula Fresenius Kabi [consultado 22 Nov 2015.]. Disponible en: http://auladedisfagiapractica.com/admin/publics/upload/contenido/pdf_1791324297685.pdf.
19. Lim SH, Lieu PK, Phua SY, Seshadri R, Venketasubramanian N, Lee SH, Choo PW. Accuracy of bedside clinical methods compared with fiberoptic endoscopic examination of swallowing (FEES) in determining the risk of aspiration in acute stroke patients. *Dysphagia.* 2001;16:1-6.
20. Smith HA, Lee SH, O'Neill PA, Connolly MJ. The combination of bedside swallowing assessment and oxygen saturation monitoring of swallowing in acute stroke: A safe and humane screening tool. *Age Ageing.* 2000;29:495-9.
21. Velasco M, García Peris P. Causas y diagnóstico de la disfagia. *Nutr Hosp.* 2009;2:56-65.
22. Lendínez Mesa A, Fraile Gómez MP, García García E, Díaz García MC, Casero Alcázar M, Fernández Rodríguez N, et al. Disfagia orofaríngea: prevalencia en las unidades de rehabilitación neurológica. *Rev Cient Soc Esp Enferm Neurol.* 2014;39:5-10.
23. Serra-Prat M, Palomera M, Gómez C, Sar-Shalom D, Saiz A, Montoya JG, et al. Oropharyngeal dysphagia as a risk factor for malnutrition and lower respiratory tract infection in independently living older persons: A population-based prospective study. *Age Ageing.* 2012;41:376-81.
24. Daniels SK, Anderson JA, Wilson PC. Valid items for screening dysphagia risk in patients with stroke. *Stroke.* 2012;43:892-7.
25. Silveira Guijarro LJ, Domingo García V, Montero Fernández N, Osuna del Pozo CM, Álvarez Nebreda L, Serra-Rexach JA. Disfagia orofaríngea en ancianos ingresados en una unidad de convalecencia. *Nutr Hosp.* 2011;26:501-10.
26. Vaz Rodríguez JA, Díaz Estrella A. Disfagia en fase aguda del ictus. *Rev ROL Enferm.* 2014;37:514-8.
27. Argente Pla M, García Malpartida K, León de Zayas B, Martín Sanchis S, Micó García A, del Olmo García MI, et al. Prevalencia de desnutrición en una unidad de media y larga estancia hospitalaria. *Nutr Hosp.* 2015;31:900-7.
28. Mandysová P, Ehler E, Skvrňáková J, Cerný M, Bárťová I, Pellant A. Development of the Brief Bedside Dysphagia Screening Test-Revised: A cross-sectional Czech study. *Acta Medica (Hradec Kralove).* 2015;58:49-55.
29. Ferrer Arnedo C. El paciente con ictus y el cuidado enfermero: un binomio de éxito para el siglo XXI. *Rev Cient Soc Esp Enferm Neurol.* 2014;40:2-3.