

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^a). 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-pulsioximetria*, 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
DISFONIA			
DISARTRIA			
REFLEJO NAUSEÓSO			
TOS VOLUNTARIA			
TOS DURANTE O POST-INGESTA (Incluido primer minuto finalizada la ingesta)			
CAMBIOS DE VOZ POST-INGESTA			

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

ción 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
Néctar										
Agua										
Pudding										
1/4 galleta										
Sat Basal										

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).