

Prevalencia de disfagia en los ancianos ingresados en una unidad de hospitalización a domicilio

Vicente Ruiz García^a, Bernardo Valdivieso Martínez^a, Elisa Soriano Melchor^b, María Dolores Rosales Almazán^c, Ana Torrego Giménez^b, Rosalía Doménech Clark^d, Carmen Giménez Espert^e y Amparo Bahamontes Mulio^e

^aServicio de Medicina de Familia. Unidad de Hospitalización a Domicilio. Hospital Universitari La Fe. Valencia. España.

^bServicio de Medicina Interna. Unidad de Hospitalización a Domicilio. Hospital Universitari La Fe. Valencia. España.

^cServicio de Geriátrica. Unidad de Hospitalización a Domicilio. Hospital Universitari La Fe. Valencia. España.

^dServicio de Neumología. Unidad de Hospitalización a Domicilio. Hospital Universitari La Fe. Valencia. España.

^eServicio de Enfermería. Unidad de Hospitalización a Domicilio. Hospital Universitari La Fe. Valencia. España

RESUMEN

Se presentan datos de prevalencia de disfagia en población atendida tras hospitalización aguda en seguimiento por una unidad de hospitalización a domicilio (UHD). Se investigan 440 pacientes admitidos de forma consecutiva en la UHD del Hospital la Fe, en los que se valora la presencia de disfagia previa y tras el episodio agudo y su relación con edad y comorbilidad. Se realiza intervención nutricional en domicilio y control clínico al mes. La prevalencia de disfagia durante el proceso agudo de hospitalización y permanencia en la UHD fue del 31,8% (intervalo de confianza [IC] del 95%, 27,6-36,4%), siendo ésta significativamente mayor que la previa al ingreso: 23,0% (IC del 95%, 19,5-26,5%); $p < 0,05$. Tanto la edad como la demencia y los accidentes vasculares cerebrales se asociaron a la presencia de disfagia ($p < 0,001$), aunque en el análisis multivariante la edad no resultó ser un factor asociado ($p > 0,05$). La mortalidad durante el primer mes fue del 12,0%. Las medidas de detección y tratamiento específico adoptadas no evitaron cifras elevadas de disfagia (8%) en el seguimiento. Se concluye que la disfagia es un problema frecuente en unidades que atienden a población con edad avanzada y comorbilidad de tipo neurológico, que aumenta con la hospitalización reciente y requiere una intervención específica tras el alta.

Palabras clave

Disfagia. Comorbilidad. Hospitalización a domicilio. Ancianos.

Vegenat[®] ha patrocinado esta investigación mediante una ayuda económica para un becario a tiempo parcial que se ha encargado de procesar la información y de hacer un seguimiento a los pacientes en los que se introdujo los espesantes alimentarios y las medidas higiénico-dietéticas. Esta ayuda se formalizó a través de la Fundación para la Investigación del Hospital Universitari La Fe de Valencia.

Correspondencia: Dr. V. Ruiz García.
Unidad de Hospitalización a Domicilio. Hospital Universitari La Fe.
Avda. de Campanar, 25. 46009 Valencia. España.
Correo electrónico: ruiz_vicgar@gva.es

Recibido el 29-10-2005; aceptado el 17-5-2006.

Prevalence of dysphagia in elderly patients treated in a hospital at home unit

ABSTRACT

We present data on the prevalence of dysphagia in a population followed-up by a hospital at home unit after acute hospitalization. A total of 440 consecutive patients were studied. The presence of dysphagia before and after the acute episode and its association with age and comorbidity were evaluated. The patients underwent a domiciliary nutritional intervention and clinical evaluation at 1 month was performed. The prevalence of dysphagia during the acute hospitalization phase and follow-up by the hospital at home unit was 31.8% (95% confidence interval [CI], 27.6-36.4%), which was significantly higher than that before admission: 23.0% (95% CI, 19.5-26.5%); $p < 0.05$.

The factors associated with dysphagia were age, dementia and stroke ($p < 0.001$), although in the multivariate analysis age was not an associated factor ($p > 0.05$). Mortality during the first month was 12.0%. The detection methods and specific treatments adopted did not prevent dysphagia in a high percentage of patients (8%) during follow-up. In conclusion, dysphagia is a frequent problem in units attending the elderly population with neurological comorbidity. This disorder increases with recent hospitalization and requires specific interventions after discharge.

Key words

Dysphagia. Comorbidity. Hospital at home. The elderly.

INTRODUCCIÓN

La disfagia, que la Real Academia Española de la Lengua y el Diccionario Médico Dorland definen como «dificultad o imposibilidad de tragar», cifra su incidencia en el medio anglosajón en unos 21.000 casos nuevos al año, aunque esta cifra posiblemente está subestimada¹. Se conoce bien su asociación con reflujo gastroesofágico, acalasia, trastornos de la motilidad, cáncer de esófago,

enfermedades neurodegenerativas o accidentes vasculares cerebrales. Sin embargo, cada vez más el envejecimiento, per se, se asocia a este problema en ancianos sanos. Se sabe que el 50% de los ancianos que viven en residencias tienen dificultades para tragar² y que casi el 30% de los ancianos que acuden a los hospitales por una causa aguda presentan disfagia³. Hasta un 44% tiene dificultades que interfieren en el funcionamiento del día a día y, de éstos, la tercera parte afecta a las fases esofágicas y faríngeas de la deglución⁴.

La Unidad de Hospitalización a Domicilio (UHD) del Hospital La Fe de Valencia, dentro del esquema asistencial de descarga o alta temprana⁵, atiende, entre otros, a pacientes ancianos y muy ancianos con elevada comorbilidad. En nuestro medio hay pocos datos de prevalencia de disfagia en este tipo de población, por lo que, teniendo en cuenta el riesgo que supone para el desarrollo de la aspiración —con el consiguiente riesgo de neumonía y de muerte, y más en presencia de disartria—^{6,7}, se diseñó el presente estudio. Su objetivo principal es evaluar la prevalencia de disfagia en la población atendida en el esquema de pacientes hospitalizados a domicilio por un episodio agudo. Como objetivos secundarios, se plantea investigar la asociación con las enfermedades conocidas: enfermedades neurológicas (demencia, accidentes vasculares cerebrales, enfermedad de Parkinson), traumatismos, enfermedad del tracto orofaríngeo (acalasia, reflujo gastroesofágico), problemas de movilidad muscular local (esclerodermia y dermatomiositis), cáncer (esófago y de cabeza y cuello) y la edad de los pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se estudió a todos los pacientes que ingresaron de forma consecutiva en el esquema de descarga de la UHD del Hospital La Fe de Valencia. El cálculo del tamaño muestral se realizó de acuerdo a la prevalencia esperada de un 30%, y se estimó una desviación máxima de un 10% y con un 95% de seguridad. Con estos valores, se precisaban 85 pacientes, aunque para poder realizar comparaciones múltiples se amplió la muestra hasta 440. Se incluyó de nuevo a los pacientes que reingresaron durante este período si previamente no habían presentado disfagia, ya que las enfermedades asociadas podían producirla en ingresos sucesivos. Se excluyó a los pacientes ya etiquetados de disfagia en ingresos anteriores. Se calculó la prevalencia de disfagia para esta población y de forma secundaria se describió el riesgo proporcional a la edad y a los otros factores de riesgo conocidos.

Durante la primera visita en el domicilio se etiquetó como «disfagia durante el ingreso» si aparecía una historia clara de atragantamientos en el hospital o los días previos al ingreso y si, además, se producían dificultades a la deglución con una cucharadita de agua. Esta observación incluyó la fase de preparación oral, el tiempo que dedica al tragar, la elevación laríngea, el movimiento coordinado

y signos de aspiración, antes, durante o después de tragar. Si no tuvieron dificultades, se ofrecieron 100 ml de agua y se valoró del mismo modo⁸. Se denominó «disfagia previa» a la presencia de dificultad para tragar, historia de atragantamientos previos al último mes, tos o sofocación con la comida o un retardo en el tiempo que dedicaban para tragar. La disfagia previa la reportaban los pacientes o los familiares. Otras variables recogidas fueron: causas conocidas de disfagia, edad, sexo y número de ingresos en los últimos 12 meses, según los datos disponibles en la base de datos general del centro.

Los médicos evaluaron la presencia de disfagia y rellenaron el cuestionario durante la primera visita en el domicilio. Una vez detectados los casos con disfagia, se suministró espesante alimentario y se educó a las familias por enfermería en el manejo de éstos, así como en las normas higiénico-dietéticas generales de diversos alimentos. Si hubo riesgo o constatación de desnutrición (clínica y/o analítica), se suministraron suplementos nutricionales o dietas de acuerdo a las necesidades del paciente. Al cabo de un mes, se realizó el seguimiento de la adaptación del paciente y de la familia a los nuevos hábitos dietéticos y se comprobó el cumplimiento, así como la persistencia de sintomatología de disfagia tras la readaptación con alimentos triturados, espesantes, cuidados higiénico-dietéticos y posturales.

Para el análisis estadístico, se emplearon pruebas de normalidad y, posteriormente, la prueba de la χ^2 o la t de Student en la relación entre variables cualitativas o cuantitativas, según el caso, se estableció una diferencia significativa si $p < 0,05$ y se aplicó un intervalo de confianza del 95% para las diferencias. Para establecer la influencia de múltiples variables en las relaciones bivariantes, se realizó estudio de regresión logística mediante pasos adelante.

RESULTADOS

Se recogieron datos de 440 pacientes de forma consecutiva. La prevalencia de disfagia encontrada al final del proceso de hospitalización fue del 31,8% (intervalo de confianza [IC] del 95%, 27,6-36,4%). La prevalencia de disfagia previa referida por los pacientes y los cuidadores fue del 23,0% (IC del 95%, 19,5-26,5%). La comparación entre ambas cifras resultó estadísticamente significativa (fig. 1). Los pacientes sin disfagia fueron más jóvenes ($76,8 \pm 12,7$ años, frente a $82,4 \pm 11,0$ años) que los que sí la presentaron, una diferencia que era estadísticamente significativa (t de Student; $p < 0,05$), y había una diferencia en las medias de edad > 5 años (IC del 95%, -8,1 a -3,1%).

En un primer análisis bivalente, se encontraron diferencias estadísticamente significativas para presencia de disfagia con las variables demencia, accidente vascular cerebral y edad ($p < 0,001$). Tras la recodificación de la variable edad en intervalos de 10 años (tabla 1), a pesar de que se mantuvo la significación estadística, en la regre-

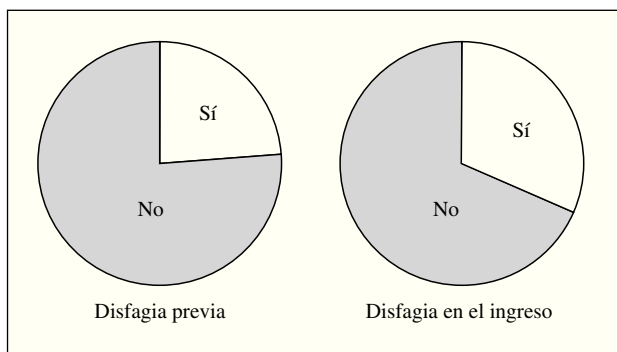


Figura 1. Diferencias entre disfagia previa (23,0%) y disfagia al ingreso (31,8%); $p < 0,05$.

sión logística se confirmó que únicamente la presencia de demencia y los accidentes vasculares cerebrales se asociaron a disfagia ($p < 0,05$). No se apreciaron diferencias para el resto de variables estudiadas: enfermedad de Parkinson, traumatismos, acalasia, tumores de cabeza y cuello, reflujo, esclerodermia, dermatomiositis y número de ingresos hospitalarios.

El 12,0% (IC del 95%, 7,5-18,3%) de los pacientes que tenían disfagia al ingreso fallecieron durante el período de seguimiento de un mes. A pesar de haber indicado medidas higiénico-dietéticas y haber comprobado que se modificaron los hábitos alimentarios, al cabo de ese tiempo siguió manteniendo clínica de disfagia un 8,0% (IC del 95%, 4,1-14,0%).

DISCUSIÓN

La disfagia es un problema de salud muy frecuente. En algunas series de pacientes mayores de 50 años llega al 20% y, en población anciana, puede llegar hasta al 30% en residentes institucionalizados sin alimentación por catéter, y a un 97,5% si ya precisan algún tipo de sonda de alimentación⁹. Estas cifras que aparecen en la bibliografía son similares a las que encontramos en nuestra población de la UHD. Algunos estudios encuentran en personas autónomas y mayores de 87 años prevalencia de hasta un 16%¹⁰, pero nuestra población tiene una morbilidad y un grado de dependencia altos. Sin embargo, llama la atención que esta prevalencia sea la mitad de la encontrada en ancianos frágiles en nuestro medio donde hay descripciones de hasta un 59% de incapacidad para tomar líquidos, cifras similares a las encontradas en el Reino Unido¹¹.

Es de sobra conocida la relación de la disfagia con la demencia, los accidentes vasculares cerebrales y la enfermedad de Parkinson, proceso este último que no hemos podido confirmar en nuestro estudio. Llama la atención la diferencia entre la disfagia previa al ingreso, reportada por los pacientes y sus cuidadores (23,0%), y la

TABLA 1. Distribución de disfagia al ingreso en la unidad de hospitalización a domicilio según intervalos de edad

Edad	Sin disfagia n = 300	Disfagia n = 140	Total n = 440
< 70 años	61 (84,7%)	11 (15,3%)	72
71-80 años	113 (76,4%)	35 (23,6%)	148
> 80 años*	126 (57,3%)	94 (42,7%)	220

* χ^2 : $p < 0,001$.

que encontramos al alta de la sala de hospitalización (31,8%). Este incremento de casi un 9% sugiere que el proceso en sí de la hospitalización es un factor de riesgo adicional para producir disfagia. Este fenómeno ya lo han descrito Lee et al³, quienes, sin embargo, encontraban cifras basales muy inferiores (disfagia previa, 7,1%), aunque las cifras de disfagia en los pacientes ingresados en unidades geriátricas de agudos (29% al ingreso y 28% al alta de la hospitalización) eran bastante congruentes con las que hemos encontrado. Esto tiene una especial relevancia, dado que las complicaciones de la disfagia son la desnutrición, la deshidratación y la aspiración broncopulmonar, y que el riesgo de fallecimiento se multiplica si se tiene disfagia, especialmente en presencia de disartria⁶.

Este estudio cuenta, sin embargo, con diversas limitaciones. La primera es que el test utilizado ofrece una baja sensibilidad para detectar aspiraciones silentes que no se acompañen de tos. Hay series que llegan a detectar prácticamente la misma proporción de pacientes con disfagia silente (28%) que de disfagia con tos (29%), en estudios de cribado de disfagia mediante videofluoroscopia^{12,13}, por lo que, en realidad, la magnitud del problema puede ser mucho más importante. En segundo lugar, las características de la población atendida probablemente no representan a la media poblacional. La mayor parte de los pacientes proviene de las unidades médicas de corta estancia (UMCE), desde donde ingresan por enfermedad médica múltiple, con alto grado de dependencia funcional e índice de reingresos y, aunque predominan los pacientes ancianos, hay una población heterogénea con, al menos, un 15% de pacientes más jóvenes con perfil paliativo oncológico o atendidos por enfermedad crónica. El proceso de descompensación agudo (neurológico, metabólico o infeccioso) incrementa sin duda la prevalencia de disfagia. Estas características especiales hacen que los hallazgos sean probablemente generalizables, sobre todo, a otras UHD, donde la carga asistencial y social sea similar, y probablemente a UMCE. La tercera limitación es la escasa muestra para determinadas entidades patológicas, como la enfermedad de Parkinson, enfermedad neoplásica del esófago, tumores de cabeza y cuello, etc., lo que ha impedido poder corroborar su asociación con disfagia, de sobra conocida. Por último, no hemos podido constatar una relación directa con la edad que en otras publicaciones está descrita.

En conclusión, hemos encontrado una prevalencia de disfagia muy elevada en pacientes atendidos en UHD, que sin duda podría ser mayor de haber empleado otros tests de cribado. La disfagia se incrementó por el proceso intercurrente agudo de la hospitalización, lo que justifica realizar estudios de disfagia de rutina en los pacientes ingresados en UHD que atienden poblaciones de edad similar y, probablemente, en otras unidades médicas que incluyan alto grado de comorbilidad y dependencia. El objetivo final sería poder iniciar medidas higiénico-dietéticas y recomendaciones sobre textura de los alimentos que disminuyeran las complicaciones. Todo esto parece mucho más necesario en presencia de demencia o de accidentes cerebrovasculares por la elevada morbimortalidad asociada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Department of Health. Hospital in-patient data. London. Department of Health, 2002 (consultado 27-01-2003). Disponible en: www.doh.gov.uk/hes/
2. Lin LC, Wu SC, Chen HS, Wang TG, Chen MY. Prevalence of impaired swallowing in institutionalized older people in Taiwan. *J Am Geriatr Soc*. 2002;50:1118-23.
3. Lee A, Sitoh YY, Lieu PK, Phua SY, Chin JJ. Swallowing impairment and feeding dependency in the hospitalised elderly. *Ann Acad Med Singapore*. 1999;28:371-6.
4. Wilkinson T, De Picciotto J. Swallowing problems in the normal ageing population. *S Afr J Commun Disord*. 1999;46:55-64.
5. González Ramallo VJ, Valdivieso Martínez B, Ruiz García V. Hospitalización a domicilio. *Med Clin (Barc)*. 2002;118:659-54.
6. Daniels SK, Brailey K, Priestly DH, Herrington LR, Weisberg LA, Foundas AL. Aspiration in patients with acute stroke. *Arch Phys Med Rehabil*. 1998;79:14-9.
7. Schmidt J, Holas M, Halvorson K, Reding M. Videofluoroscopic evidence of aspiration predicts pneumonia and death but not dehydration following stroke. *Dysphagia*. 1994;9:7-11.
8. Hughes TA, Wiles CM. Clinical measurement of swallowing in health and in neurogenic dysphagia. *Q J Med*. 1996;89:109-16.
9. Bloem BR, Lagaay AM, Van Beek W, Haan J, Roos RA, Wintzen AR. Prevalence of subjective dysphagia in community residents aged over 87. *BMJ*. 1990;300:721-2.
10. Kuhlemeier KV. Epidemiology and dysphagia. *Dysphagia*. 1994;9:209-17.
11. Ekberg O, Hamdy S, Woisard V, Wuttge-Hannig A, Ortega P. Social and psychological burden of dysphagia: its impact on diagnosis and treatment. *Dysphagia*. 2002;17:139-46.
12. Leder SB, Sasaki CT, Burrell MI. Fiberoptic endoscopic evaluation of dysphagia to identify silent aspiration. *Dysphagia*. 1998;13:19-21.
13. Clavé P, Verdaguer A, Arreola V. Disfagia orofaríngea en el anciano. *Med Clin (Barc)*. 2005;124:742-8.