



Original/*Nutrición parenteral*

Los factores relacionados con la mortalidad en pacientes con disfagia ayudan en la toma de decisiones dietéticas y nutricionales

María Isabel Ferrero López¹, José Enrique de la Rubia Ortí², Enrique Castellano Vela³, Carmen González Monte⁴, Vicente Sanchis-Bayarri Bernal³ y Ramón Navarro Sanz⁴

¹Graduada en Enfermería. Unidad de Dietética y Nutrición. ²Doctor en Farmacia. Universidad Católica de Valencia. ³Médico Internista. Área Médica Integral. ⁴Doctor en Medicina. Área Médica Integral. Hospital Pare Jofré. Agencia Valenciana de Salut. Conselleria de Sanitat. Valencia. España.

Resumen

Objetivo: Conocer en los pacientes con disfagia ingresados en un Hospital de Media y Larga Estancia, qué factores, valorados al ingreso, están relacionados con fallecer durante su hospitalización y pueden orientar la intervención dietética y nutricional.

Material y método: Estudio de cohorte retrospectivo, observacional y descriptivo de pacientes diagnosticados de disfagia por el Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad (MECVV). Se recogieron variables demográficas y clínicas, estancia, éxitus, revaloraciones de disfagia y tratamientos.

Resultados: Se incluyeron 182 pacientes, con edad media de 78 años, fallecieron el 50%. En el análisis univariante se asociaron significativamente con el éxitus: edad ≥ 85 años, diagnóstico previo de disfagia, padecer enfermedad oncológica, elevada comorbilidad (Charlson entre 2-5 y > 5 puntos), baja funcionalidad previa a hospitalización (Índice de Barthel < 40 puntos), MNA < 17 puntos, albúmina < 3 g/dl, alta puntuación del CONUT (de 5-12 puntos), tratamiento con: opioide, neuroléptico o antidepresivo al realizar el MECVV, y objetivo asistencial al ingreso. En análisis multivariante obtuvieron significación: edad, enfermedad oncológica, comorbilidad, y albúmina como factores de riesgo para fallecer, y llevar antidepresivo como factor protector. Se aplicó análisis de contraste con Curva ROC. El área bajo la curva fue 0,740 y el intervalo de confianza (IC) 0,668-0,811.

Conclusiones: En pacientes con disfagia, los datos referidos valorados al ingreso, pueden ayudar a definir más adecuada y precozmente objetivos asistenciales. En los casos con mayor riesgo de fallecer se priorizará una ingesta segura y de confort, y en aquellos con bajo riesgo, además deberá ser eficaz para intentar mejorar al máximo su estado nutricional.

(Nutr Hosp. 2015;31:820-828)

DOI:10.3305/nh.2015.31.2.7766

Palabras clave: *Disfagia. Mortalidad. Envejecimiento. Hospitales de larga estancia. Pronóstico.*

Correspondencia: M^á Isabel Ferrero López.
Hospital Pare Jofré. c/ San Lázaro s/n. 46017 – Valencia.
E-mail: ferrero_isa@gva.es

Recibido: 12-VII-2014.
Aceptado: 25-VIII-2014.

FACTORS ASSOCIATED WITH MORTALITY IN PATIENTS WITH DYSPHAGIA HELP IN MAKING DIETARY AND NUTRITIONAL CHOICES

Abstract

Objective: To know what factors evaluated at the moment of admission are related with mortality among in-patients with dysphagia, during their stay in a long-term care hospital and may guide the dietary and nutritional intervention.

Material and methods: Retrospective, observational and descriptive cohort study over patients with dysphagia diagnosed by Volumen-Viscosity Clinical Exploration Method (VVCEM). Demographic and clinical variables were gathered, stay, mortality, when their dysphagia was re-evaluated and treatments.

Results: 182 patients were included, medium age of 78 years old, 50% of them died. Following factors were significantly associate with death by univariate analysis: aged 85 or older, previous diagnosis of dysphagia, oncological disease, high co-morbidity (Charlson between 2-5 and > 5 points), low functionality before hospitalization (Barthel Index < 40), MNA < 17 points, albumen < 3 g/dl, high score in CONUT (5-12 points), to be on opioids, neuroleptics, antidepressants while performing VVCEM, and the assistance aim when admission. Following factors had signification for risk to die by multi-variant analysis: age, oncological disease, co-morbidity and albumen, but taking antidepressants turned out to be a protective factor. Analysis of contrast was applied by curve ROC. The area under the curve was 0.740 and the confidence interval (CI) 0.668-0.811.

Conclusions: The above-mentioned information that may be evaluated in patients with dysphagia when admission, may help to define of more suitable and precocious form our welfare aims. In those cases with major risk of dying, it should prioritize comfort and safe swallowing. In those cases with low risk, in addition, should be effective improve to the maximum their nutritional condition.

(Nutr Hosp. 2015;31:820-828)

DOI:10.3305/nh.2015.31.2.7766

Key words: *Dysphagia. Mortality. Aging. Long term care insurance. Prognosis.*

Abreviaturas

HACLE: Hospitales de Asistencia a Crónicos y Larga Estancia.

MECV-V: Método de Exploración Clínica Volumen – Viscosidad.

MNA: Mini Nutricional Assessment.

IMC: Índice de masa corporal.

CONUT: Control Nutricional.

SNC: Sistema nervioso central.

AMI: Área Médica Integral.

SNG: Sonda nasogástrica.

PEG: Gastrostomía endoscópica percutánea.

OR: Odds ratio.

DT: Desviación típica.

Introducción

Los Hospitales de Asistencia a Crónicos y Larga Estancia (HACLE) son un recurso polivalente, especializado y específico para la atención de pacientes mayores, pacientes con una o varias enfermedades crónicas habitualmente avanzadas, y/o pacientes en fase final de la vida, que requieren una atención sanitaria acorde a sus circunstancias¹. En ellos se pueden plantear tres tipos de objetivos asistenciales al ingreso, de convalecencia, de larga estancia o de cuidados paliativos, según su situación y previsible pronóstico, aunque éstos pueden cambiar en base a su evolución posterior durante la estancia hospitalaria.

La disfagia es un síntoma frecuente entre los pacientes mayores. Diferentes estudios muestran una amplia variabilidad en la prevalencia de ésta. Datos epidemiológicos muestran una prevalencia de disfagia en mayores de 50 años superior al 22% en estudios poblacionales, en hospitales de agudos por encima del 13% y por encima del 60% en residencias². Otros estudios muestran que en ancianos institucionalizados afecta entre el 56 y el 78% en función de la severidad considerada y de los criterios utilizados³. En un estudio previo realizado en nuestro HACLE, al año de haber instaurado un protocolo de atención a la disfagia, se demostró una prevalencia del 14,8% pero en él se reconoce que cuando el protocolo para su detección se incorpora a la dinámica de trabajo habitual, la prevalencia aumenta de forma considerable, como se demuestra en el presente trabajo. La disfagia detectada y la intervención realizada sobre ella se relacionaron en dicho estudio con la retirada de sondas de alimentación presentes al ingreso, y con claras implicaciones evolutivas favorables, tanto a nivel funcional y nutricional, como incluso, de pronóstico vital⁴. Por todo ello es imprescindible la implantación de programas de atención a la disfagia, para mejorar la calidad asistencial, tanto en HACLEs como en cualquier recurso que atienda a pacientes con enfermedades crónicas.

La detección precoz de la disfagia es el paso inicial básico para planificar los cuidados, por tanto es esen-

cial dentro de la valoración multidimensional biopsicosocial que se debe realizar a todo paciente crónico evolucionado, con mucha frecuencia, geriátrico y pluri-patológico, que se incluya una valoración sistemática de la presencia de disfagia. Se empieza investigando la existencia de signos clínicos de sospecha de disfagia, entre los que cabe destacar: negación o rechazo a comer ciertos alimentos, tos con la ingesta, necesidad de fragmentar el bolo o de tragarlo en varios intentos, voz “húmeda”, odinofagia⁵... Una vez detectados, se debe confirmar su presencia y su gravedad mediante algún método diagnóstico instrumental y/o clínico. Aunque la videofluoroscopia, es considerada por muchos autores como el método de diagnóstico instrumental de referencia^{3,6}, son los métodos de diagnóstico clínico los más utilizados con dicho fin en muchos entornos. Entre ellos, destaca el Método de Exploración Clínica Volumen – Viscosidad (MECV-V)⁷, el cual permite establecer el diagnóstico y al mismo tiempo, orientar la adaptación dietética necesaria para evitar complicaciones. Este método valora la presencia de signos de riesgo para tres viscosidades distintas (agua, néctar y pudding) y a tres volúmenes diferentes (bajo, medio y alto), con el objetivo de detectar signos de compromiso tanto de la seguridad, como de la eficacia de la deglución. Es un método sencillo que resulta asequible a cualquier entorno asistencial.

Conocer qué factores pueden influir en el pronóstico del paciente puede ayudar a definir, no solo los objetivos asistenciales para el manejo de la disfagia, sino también objetivos asistenciales globales. La presencia de disfagia puede tener importantes repercusiones en los pacientes, se ha demostrado que puede ser un indicador de mal pronóstico y que tiene un impacto significativo en la estancia hospitalaria⁸. En los pacientes con disfagia, con un pronóstico de vida limitado y que tienen alta probabilidad de fallecer durante la estancia, se orientaría la dieta para conseguir minimizar complicaciones relacionadas con la falta de seguridad (atragantamientos, aspiraciones, neumonías...). En el caso de los pacientes cuyo pronóstico vital es previsiblemente más prolongado, además de evitar complicaciones relacionadas con la seguridad, la dieta intentará mejorar o mantener el estado nutricional y se pautará, si procede, soporte nutricional. En este sentido, para actuar de forma conveniente, será fundamental valorar el estado nutricional, aunque para ello no hay un método único. Se pueden utilizar inicialmente métodos de cribado, útiles para identificar qué individuos presentan un buen estado de nutrición o cuáles no lo presentan o están en riesgo de malnutrirse. Entre ellos destaca el MNA (Mini Nutricional Assessment)⁹, que es el más utilizado en las personas de edad avanzada. Para un diagnóstico más concreto de la situación nutricional se completará la valoración con parámetros antropométricos (peso, talla, Índice de masa corporal (IMC)) y con parámetros bioquímicos, dentro de éstos, los más relevantes son albúmina, linfocitos y colesterol (los dos primeros marcadores proteicos y el tercero caló-

rico), con ellos se puede calcular el índice de Control Nutricional (CONUT)¹⁰, que puede ser útil también a la hora de cribar y/o de clasificar la malnutrición. El resultado de la valoración debe permitir conocer el tipo (proteica, calórica o mixta) y la severidad de la desnutrición (moderada, severa o grave) cuando esta exista. Con una atención dietética y nutricional precoz y adecuada a la disfagia se ha podido demostrar, beneficios en el estado nutricional medidos por el MNA⁴.

En el trabajo realizado previamente por nuestro equipo se evidenció que cerca de la mitad (44,7%) de los pacientes con disfagia demostrada fallecieron durante la estancia en la unidad⁴. Aunque la disfagia puede ser un factor de mal pronóstico para los pacientes pluripatológicos, no siempre es así. Por esto, en los entornos donde se atiende a pacientes con una alta prevalencia de disfagia, sería de interés conocer, al poco del ingreso, qué factores relacionados con el pronóstico vital, podrían ayudar a planificar de manera precoz la atención de los pacientes que la presentan. Así, este trabajo tiene como objetivo conocer en dichos pacientes qué datos de la valoración multidimensional realizada al ingreso, pueden ayudar a mejorar el ajuste de los diversos cuidados sanitarios, incluidos los nutricionales.

Material y método

Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo, observacional y descriptivo en el Área Médica Integral (AMI) del Hospital Pare Jofré de Valencia, definido como un HACLE dentro de los recursos asistenciales del Plan de Atención Integral a las personas mayores y a los enfermos crónicos en la Comunidad Valenciana. El periodo de estudio abarcó los 12 meses del año 2008.

Criterios de inclusión: Se incluyeron en el estudio todos los pacientes que fueron remitidos a la Unidad de Dietética y Nutrición para valoración de la deglución por sospecha clínica de disfagia, y en los que ésta se confirmó.

La valoración fue realizada por personal adiestrado mediante el MECV-V, con el enfermo en sedestación y monitorización continua de la saturación de oxígeno mediante un pulsioxímetro. Se administraron bolos de 5, 10 y 20 ml con viscosidades néctar, agua y pudding. En cada ocasión se registró si se producían signos de alteración de la seguridad (tos, descenso de la saturación basal de oxígeno mayor de un 5% y/o cambio del tono de voz) y/o de la eficacia (sello labial insuficiente, residuos orales o faríngeos y deglución fraccionada). Cuando se encontró algún signo que comprometía la seguridad del paciente, no se pasó ni a un volumen mayor ni a una viscosidad inferior. Se concluyó que no existía disfagia cuando no se evidenciaron signos de alteración en la seguridad ni en la eficacia en ningún momento de la prueba, y se diagnóstico disfagia cuando sí se encontraron. La valoración se completó

con una exploración en la que se revisó: higiene oral, estado de la dentadura, actividad motora y sensitiva, y reflejo nauseoso.

Las variables recogidas al ingreso a partir de la revisión de la historia clínica fueron: edad y sexo; enfermedades previas y diagnóstico principal; existencia de proceso oncológico activo; servicio hospitalario de procedencia y días de estancia en el hospital remitido; objetivo asistencial con el que venía remitido el paciente al ingreso; grado de comorbilidad con el índice de Charlson¹¹; si era portador de SNG/PEG o de traqueostomía; si había diagnóstico de disfagia en el informe de remisión (se consideró positivo si se encontraba constancia de este diagnóstico como tal o si había algún tratamiento específico para la misma o alusión a ella aunque no figurase en el listado de diagnósticos del informe); número de hospitalizaciones en los últimos 12 meses; tipo de convivencia previa a la hospitalización (domicilio o institucionalización); nivel de funcionalidad tanto basal (entre 1-2 meses antes de ingreso en hospital remitido), como en el momento del ingreso, mediante el índice de Barthel¹²; Grado de deterioro cognitivo mediante el cuestionario de Pfeiffer¹³, registrando también aquellos casos en los que no podía evaluarse por algún otro motivo; parámetros nutricionales: MNA, IMC, pérdida de más de 3 Kg de peso en los últimos 3 meses según la impresión subjetiva del paciente y/o la familia; parámetros analíticos: albúmina, colesterol total, linfocitos absolutos, e índice CONUT, calculado a partir de ellos, que se utilizó para categorizar el tipo de desnutrición si ésta estaba presente (calórica, proteica o mixta) y el grado (leve, moderada o severa).

En el momento de la realización del MECVV para el diagnóstico de disfagia, se recogieron: número de fármacos pautados y llevar alguno con efecto sobre el SNC (benzodiazepina, hipnótico no benzodiazepínico, neuroléptico, y/o antidepresivo) y/o un opioide; resultado del MECVV, presencia de alteración de la seguridad y/o de la eficacia en la valoración; adaptación dietética pautada en caso de evidenciarse disfagia: si la ingesta oral era posible o no, y las recomendaciones en cuanto a volumen (bajo, medio, alto o cualquiera) y viscosidad (pudding, néctar o cualquiera).

A partir del diagnóstico y hasta el alta hospitalaria, se recogió si se solicitaba intervención de logopeda, si se habían realizado revaloraciones de la disfagia con el MECVV, si se pautaban suplementos nutricionales y si se produjeron atragantamientos y/o infección de vías respiratorias bajas o neumonía.

De la evolución del paciente en el momento del alta hospitalaria se registró si se producía éxitus en el hospital y los días de estancia.

Para establecer los factores asociados al fallecimiento del paciente, se realizó un análisis univariante comparando el grupo de pacientes que fueron éxitus con los que no lo fueron. Para las variables cualitativas se utilizó el test χ^2 . Para las variables cuantitativas, la t de Student si las variables se distribuyen de forma

Tabla I
Análisis descriptivo de la muestra. N= 182

Variable	Recuento
Edad (años). Media (DE)	78,1 (11,87)
Edad inferior a 85 años, n (%)	128 (70,3)
Sexo masculino, n (%)	93 (51)
Enfermedades previas:	
Demencia, n (%)	74 (41)
ACV, n (%)	57 (31)
Diabetes, n (%)	56 (31)
Enfermedad Pulmonar crónica, n (%)	39 (21)
Insuficiencia cardiaca crónica, n (%)	27 (15)
Parkinson, n (%)	17 (9)
Insuficiencia renal crónica, n (%)	13 (7)
Neumonía aspirativa, n (%)	4 (2)
Diagnóstico principal:	
Enfermedades del SNC, n (%)	67 (36,8)
Procesos infecciosos, n (%)	61 (33,5)
Enfermedad Oncológica, n (%)	14 (7,7)
Enfermedad Respiratoria, n (%)	9 (4,9)
Enfermedades del Aparato Circulatorio, n (%)	9 (4,9)
Enfermedades Digestivas, n (%)	8 (4,4)
Alteración Traumatológica, n (%)	7 (3,8)
Otros, n (%)	7 (3,8)
Comorbilidad por Índice de Charlson (puntos). Media (DE)	3,36 (2,1)
Presencia de procesos oncológicos, n (%)	39 (21,4)
Servicio de procedencia:	
Corta estancia, n (%)	50 (27,5)
Neurología, n (%)	48 (26,4)
Medicina interna, n (%)	40 (22)
Oncología, n (%)	8 (4,4)
Domiciliaria, n (%)	7 (3,8)
Neumología, n (%)	6 (3,3)
Otros, n (%)	23 (12,4)
Estancia en el Servicio de procedencia (días). Media (DE)	24,72 (20,8)
Objetivo asistencial al ingreso:	
Convalecencia, n (%)	121 (66,5)
Larga Estancia, n (%)	33 (17,6)
Cuidados Paliativos, n (%)	29 (15,9)
Diagnóstico de disfagia en informe de remisión, n (%)	90 (49,5)
N Hospitalizaciones en último año, n (%)	1,72 (1,13)
Tipo de convivencia:	
En domicilio con familia, n (%)	145 (79,7)
En domicilio sólo, n (%)	22 (12,1)
Institucionalizado en residencia, n (%)	15 (8,2)

DE: Desviación estándar.

normal, y la prueba U de Mann-Whitney para las variables que no se ajustaban a la normal. Para determinar las variables asociadas de forma independiente con el éxito, se estimó la odds ratio (OR) multivariante asociada a cada factor y sus intervalos de confianza mediante regresión logística. Se tomaron las variables

Tabla II
Características funcionales y cognitivas. N= 182

Variable	Recuento
Barthel previo (puntos). Media (DE)	59,78 (36,6)
Barthel al ingreso (puntos). Media (DE)	4,45 (11,47)
Deterioro cognitivo (Pfeiffer):	
Nivel Cognitivo Intacto, n (%)	34 (18,7)
Deterioro Leve, n (%)	20 (11)
Deterioro Moderado, n (%)	37 (20,3)
Deterioro Severo, n (%)	29 (15,9)
No evaluable, n (%)	62 (34,1)

DE: Desviación estándar.

que mostraron significación en el estudio univariante descartando aquellas que no se pudiesen determinar según criterios objetivos o que se recogían fuera de la 1ª semana del ingreso, para así elaborar un modelo con variables disponibles al ingreso. Para analizar la capacidad discriminante del modelo se calculó su área bajo la curva ROC (Receiver Operating Characteristic).

Resultados

Durante el año 2008 fueron ingresados en el AMI del HACLE 602 pacientes, de éstos se remitieron para valoración de disfagia 223, que supone el 37% de ellos. Las características generales de la muestra se detallan en la tabla I. Los pacientes presentaban importante nivel de dependencia, las características en cuanto a dependencia y funcionalidad se muestran en la tabla II, y los parámetros que reflejan la situación nutricional y el soporte dietético nutricional al ingreso, en la tabla III.

Tabla III
Características dietéticas y nutricionales de la muestra. N= 182

Variable	Recuento
Portador de nutrición artificial:	
SNG, n (%)	42 (23)
PEG, n (%)	7 (4)
Nutrición parenteral, n (%)	2 (1)
MNA (puntos) Media (DE) (n= 95)	12,9 (4,59)
IMC (K/m ²) Media (DE) (n= 137)	24,03 (4,71)
Pérdida de peso > 3K en 3 meses previos, n (%)	53 (29,1)
Albúmina (g/dl). Media (DE)	2,74 (0,42)
Colesterol (g/dl). Media (DE)	154,16 (52,66)
Linfocitos (cel/mm ³). Media (DE)	1593,82 (813,37)
CONUT (puntos) Media (DE) (n=166)	5,96 (2,55)

DE: Desviación estándar.

A todos los pacientes remitidos para valoración se les realizó el MECVV, obtuvieron resultado positivo 182, lo que supone un 81,6% de los remitidos para valoración, y una prevalencia de disfagia en el hospital del 30,2%. El 86,3% presentaron signos de compromiso de la seguridad y el 94% signos de compromiso de la eficacia. En el momento de la valoración tomaban una media de 9 fármacos, con una desviación típica (DT) de 4. En la tabla IV se recogen aquellos con efecto sobre el SNC.

Tras la valoración no se recomendó iniciar una dieta oral en 29 pacientes (15,9%) al presentar un riesgo de complicaciones de la seguridad clínicamente no asumible clínicamente. En el resto, se adaptó su dieta según los resultados obtenidos. Se hicieron recomendaciones en cuanto al volumen recomendado (medio: 70,9%, bajo: 2,7% y alto: 0,5%) y en cuanto a la viscosidad (pudding: 55,3%, néctar: 23,6% y líquido o todos ellos: 6,6%). Durante la estancia, el 20,9% fueron remitidos a logopedia para tratamiento rehabilitador de la deglución. El 36,3% fueron revalorados en algún momento de su estancia y en el 48,4% se pautó algún suplemento nutricional. La estancia media fue de 65,08 días (DT 46,16).

De los pacientes incluidos en el estudio fueron éxitus 91, el 50%. En el análisis univariante las variables que se asociaron de forma significativa con una mayor probabilidad de éxitus fueron: edad \geq 85 años, tener diagnóstico de disfagia en informe de remisión, padecer alguna enfermedad oncológica, elevada comorbilidad (índice de Charlson entre 2-5 puntos o mayor de 5), baja funcionalidad previa (Índice de Barthel previo menor de 40 puntos), MNA menor de 17 puntos, albúmina menor de 3 g/dl, alta puntuación en el CONUT (de 5-12 puntos), llevar tratamiento en el momento de la valoración con: opioide, neuroléptico o antidepresivo, y objetivo asistencial de cuidados paliativos asignado al ingreso (Tabla V).

Se encontró también, que algunas intervenciones realizadas durante la estancia sobre la disfagia, tenían una relación significativa con no fallecer, como que se prescribiese intervención de logopeda tras el diagnóstico o que se realizasen revaloraciones de la deglución. También se encontró esta relación con presentar un

tiempo de estancia superior a 2 meses ($p=0,000$). En cambio, el haber presentado una infección nosocomial respiratoria durante la estancia tuvo una relación significativa con el riesgo de fallecer ($p=0,001$).

A continuación se realizó un análisis multivariante (tabla VI), descartando aquellas variables que se estimaron de escasa utilidad según criterio de los investigadores: bien por no existir criterios objetivos para su aplicación (objetivo asistencial al ingreso), bien porque no se conocen en el momento del ingreso (intervención de logopeda, revaloraciones de la disfagia durante la estancia, infecciones nosocomiales respiratorias y tiempo de estancia), o bien porque están determinadas por los criterios del centro que remite al paciente (diagnóstico de disfagia en informe de remisión). Tampoco se incluyó en la valoración multivariante el índice CONUT porque no es un parámetro que se calcule de forma rutinaria, y porque estima la situación nutricional que ya quedaría representada al haber sido incluida la albúmina, que resulta de mayor utilidad clínica y es un marcador nutricional y de pronóstico, reconocido y habitualmente utilizado. El MNA tampoco se incluyó en el análisis multivariante porque sólo estaba realizado en el 52% de los casos y porque también sirve para estimar el estado nutricional, ya estimado con la albúmina. Tras la inclusión del resto de variables en el análisis multivariante, perdieron significación en el análisis: el Barthel previo, el llevar pautado un neuroléptico o un opioide. Por todo ello, el análisis multivariante finalmente incluyó: la edad (< 85 vs ≥ 85 años), la presencia de enfermedad oncológica, la puntuación del Charlson (0-1 vs 2-5 vs >5 puntos) y la albúmina (≥ 3 g/dl vs <3 g/dl) como factores de riesgo y, el llevar pautado un antidepresivo, como factor protector frente al éxitus (tabla IV). Se aplicó un análisis de contraste con la Curva ROC. El área bajo la curva fue de 0,740 con IC (0,668-0,811).

Discusión

A partir de nuestro estudio se puede realizar una estimación del perfil del paciente con disfagia que atendemos en el HACLE, se trata de una persona de edad avanzada, hombre o mujer (sin predominio de sexo), vive en domicilio con familia, presenta dependencia previa leve para las actividades de la vida diaria, alta comorbilidad (demencia, enfermedad cerebrovascular, diabetes y enfermedades crónicas de órgano), e ingresa procedente de servicios médicos (corta estancia, neurología y medicina interna, principalmente). Al ingreso, el objetivo asistencial más habitual es el de convalecencia, presenta dependencia severa y deterioro cognitivo de moderado a severo o no se puede evaluar, presenta desnutrición mixta, de grado moderado a severa y polifarmacia evidente. La estancia en la unidad está alrededor de los 2 meses, y la mitad fallece durante ella. No se conocen estudios específicamente diseñados para estudiar los factores

<i>Grupo farmacológico</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Opioides	29	15,9
Neurolépticos	76	41,8
Hipnóticos no benzodiazepínicos	29	15,9
Antidepresivos	20	11,0
Benzodiazepinas	35	19,2

Tabla V
Variables con significación respecto al éxito. N=182

Variables	Categorías	n	Sí exitus, n (%)	p
Edad	< 85	128	57 (44,5)	0,023
	=> 85	54	34 (63)	
Disfagia en informe de remisión	No	92	38 (41,3)	0,018
	Sí	90	53 (58,9)	
Enfermedad oncológica	No	143	62 (43,4)	0,001
	Sí	39	29 (74,4)	
Charlson (puntos)	0-1	35	11 (31,4)	0,005
	2-5	121	63 (52,1)	
	>5	26	17 (65,4)	
Barthel previo (puntos)	>= 40	116	50 (43,1)	0,03
	< 40	63	38 (60,3)	
MNA (puntos)	=> 17	22	5 (22,7)	0,046
	< 17	73	34 (46,6)	
Albúmina (g/dl)	=> 3	53	18 (34)	0,01
	< 3	125	69 (55,2)	
CONUT (puntos)	0-4	53	16 (30,2)	0,001
	5-12	129	75 (58,1)	
Opioides	No	153	71 (46,4)	0,026
	Sí	29	20 (69)	
Neurolépticos	No	106	46 (43,4)	0,035
	Sí	76	45 (59,2)	
Antidepresivos	Sí	20	5 (25)	0,018
	No	162	86 (53,1)	
Objetivo asistencial al ingreso	Paliativos	29	26 (89,7)	0,000
	Convalecencia	121	60 (49,6)	
	Larga estancia	32	5 (15,6)	

Tabla VI
Variables incluidas en el análisis multivariante. N= 182

Variables	Categorías	n	B	Sí exitus, n (%)	OR	IC	p
Edad (años)	< 85	128	0,984	57 (44,5)	1	1,247 - 5,740	0,012
	=> 85	54		34 (63)	2,67		
Enfermedad oncológica	No	78	1,192	118 (46,4)	1	1,270 - 8,543	0,014
	Sí	14		13 (92,9)	3,292		
Charlson (puntos)	0-1	35	1,331	11 (31,4)	1	1,485 - 9,636	0,005
	2-5	121		63 (52,1)	3,783		
	>5	26		17 (65,4)	5,159		
Albúmina (g/dl)	=> 3	53	1,028	18 (34)	1	1,33 - 5,879	0,007
	< 3	125		69 (55,2)	2,797		
Antidepresivo	No	162	-1,59	86 (53,1)	1	0,061 - 0,677	0,009
	Sí	20		5 (25)	0,204		

B: Valor Beta. OR: Odds Ratio. IC: Intervalo de confianza.

relacionados con el riesgo de fallecer en pacientes hospitalizados en HACLES con disfagia. Algunos trabajos muestran que reconocer e intervenir de forma temprana en la disfagia reduce la morbilidad y la estancia hospitalaria¹⁴. Pero, a partir de los enfermos que responden al perfil descrito, el 50% va a fallecer durante la hospitalización, y este dato alcanza valores similares en estudios realizados en nuestro entorno, donde se demostró que el 42,7% de los pacientes con disfagia diagnosticada fallecían⁴. La valoración de la deglución es útil para orientar la dieta de forma conveniente (el 84,1% con ingestas por vía oral). En la literatura se confirma que los trastornos de la deglución son frecuentes en pacientes de edad avanzada y se aconseja una detección temprana y la adaptación dietética como un recurso asequible y muy beneficioso¹⁵. Las principales recomendaciones en los enfermos con disfagia aquí estudiados, tras la valoración por el MECVV, fueron aconsejar ingestas a volumen medio y las viscosidades néctar o pudding. En nuestra muestra encontramos una baja intervención de logopedia (en 1 de cada 5 pacientes con disfagia), posiblemente debido a que presentan un alto grado de deterioro cognitivo, que les impide mantener una adecuada colaboración en las técnicas de rehabilitación de la disfagia. La mitad llevaron pautados suplementos nutricionales, en relación a la elevada presencia de desnutrición presente al ingreso. La aparición de complicaciones respiratorias en pacientes con disfagia ha sido identificada como una complicación altamente prevalente (alrededor del 50%) en la literatura¹⁶, en cambio, en nuestro estudio se produjo en 1 de cada 3 enfermos, posiblemente porque con la valoración y consecuente atención dietética establecida en nuestro entorno, ya se minimizan riesgos.

En nuestro estudio determinamos varios factores asociados con la mortalidad en los pacientes con disfagia: Así, encontramos que los pacientes nos ingresan con una importante pluripatología, destacando dentro de ella, que hasta el 41% de los pacientes ingresados presentan algún tipo de demencia, pero también son prevalentes las enfermedades cardiovasculares, metabólicas y respiratorias. La pluripatología fue analizada por el índice de Charlson (aunque hay otras escalas para medirla menos utilizadas al ser más complejas). En nuestro estudio se determina también de forma significativa, su relación con la probabilidad de fallecer, así pues encontramos que los pacientes con más comorbilidad incrementaban su riesgo de éxito. También evidenciamos que dentro de la comorbilidad, la presencia de algún proceso oncológico se asociaba con el éxito aunque éste no fuera el diagnóstico principal.

El envejecimiento mostró una importante relación con el éxito, de hecho, la prevalencia de disfagia en personas de edad avanzada ha quedado evidenciada en muchos trabajos¹⁷. En mayores que viven en residencias, se ha demostrado que la prevalencia de disfagia aumenta cuando se aplican programas específicos de detección, afectando hasta el 65% de los

mayores¹⁸. La edad es un claro factor de riesgo en la gran mayoría de estudios realizados en pacientes con enfermedades crónicas evolucionadas, en el sentido de un mayor riesgo a más edad. En nuestro estudio también lo es, siendo más evidente cuando la categorizamos en 2 grupos en relación al punto de corte de los 85 años, como se ha demostrado también en otros estudios (Profund)¹⁹.

El estado nutricional, evaluado de diversas formas (escalas como MNA, valoración del IMC o de la pérdida de peso, albúmina, colesterol...) presenta en numerosos trabajos relación con la disfagia y el pronóstico^{20,21}. En nuestro estudio, encontramos relación entre peores puntuaciones en el MNA y el éxito, sin embargo la determinación de esta escala solo se había realizado en la mitad de los pacientes por lo que no se pudo tener en cuenta. La albúmina no es un dato solo nutricional, ya que se influye por otros aspectos no nutricionales, pero dentro de los parámetros analíticos, es el dato que con más frecuencia se utiliza como marcador pronóstico. Presentar menores niveles de albúmina, resultó tener clara relación con el éxito, además de estar estrechamente relacionado con el estado nutricional y de resultar ser un parámetro de obtención habitual en la mayoría de los pacientes. Otros parámetros analíticos aislados no tuvieron relación significativa al ser analizados, y el índice CONUT, que sí la mantuvo, fue desestimado, al ser de más compleja realización (tiene que ser calculado a partir de otros datos).

Otro aspecto a tener en cuenta en la valoración de la disfagia es la prescripción de ciertos fármacos que pueden alterar la sincronía de la deglución y/o disminuir el nivel de conciencia en un momento dado, favoreciendo la presencia de disfagia. Se encontró que opioides y neurolépticos se relacionaban de forma significativa con el riesgo de fallecer en los pacientes de nuestro estudio, pero estos fármacos perdieron relevancia al incluirlos en un modelo multivariante. Sin embargo, llevar un antidepresivo en el momento del diagnóstico se mantuvo como factor relacionado con presentar menos riesgo de fallecer en los pacientes con disfagia. Posiblemente porque la prescripción de este tratamiento se realiza en aquellos pacientes en los que el facultativo espera un mejor pronóstico. Esto demostró, de hecho, una asociación positiva y, a diferencia de las otras variables, resultó actuar como factor de protección frente al éxito.

Se analizaron en nuestro trabajo otros parámetros que no resultaron significativos: Se analizó el tipo de convivencia previa que incluía vivir en una residencia, pero no fue relevante en su relación con el riesgo de fallecer. El sexo, aunque menos frecuente que otros como la edad, es otro factor que ha sido relacionado con la probabilidad de éxito, habitualmente en el sentido de que los hombres tienen un mayor riesgo de fallecer que las mujeres. En nuestro estudio el sexo no aparece como factor de riesgo.

En cuanto a la situación funcional, medida con diversas escalas o parámetros, es un factor de riesgo

cada vez más reconocido y estudiado, en el sentido de que a mayor dependencia más riesgo de fallecer, sobre todo referida al momento de la evaluación o en caso de una hospitalización a la situación basal antes del ingreso. En nuestro estudio este factor, categorizado en 2 grupos, aparece relevante en el estudio univariante, pero queda excluido en el multivariante.

Tanto el objetivo asistencial como el diagnóstico de disfagia en el informe de remisión no han sido incluidos en el multivariante por los motivos ya expuestos previamente, aunque cabe destacar que sí salieron significativos en el univariante, y que de los pacientes que presentaron objetivo asistencial paliativo, el 90% presentaba un diagnóstico oncológico, y esta variable, salió significativa en el univariante y también fue introducida en el multivariante.

Con todas las variables que resultaron de interés en el análisis multivariante: edad \geq 85 años, enfermedad oncológica, comorbilidad (Charlson entre 2-5 y $>$ 5 puntos) y albúmina ($<$ 3 g/dl) como factores de riesgo para fallecer, y llevar un antidepresivo como factor protector, se podría diseñar una escala de predicción de riesgo de mortalidad en los pacientes con disfagia, y ésta sería útil para ayudar en la toma de decisiones, para orientar en las directrices dietéticas y para optimizar recursos. Según los resultados encontrados en nuestro trabajo, los pacientes de edad muy avanzada que presentan enfermedades oncológicas, alta comorbilidad y niveles bajos de albúmina van a tener un pronóstico desfavorable, en ellos sería preferible centrar los esfuerzos en mantener una dieta que minimice complicaciones relacionadas con la falta de seguridad (atragantamientos, aspiraciones, neumonías...) y primar el confort y la satisfacción por la ingesta, orientando a la familia a no apremiar al paciente a forzar ingestas eficaces, sino centrarse en que sean seguras y confortables. Mientras que en pacientes de menor edad, menor comorbilidad, sin enfermedades oncológicas, mejores niveles de albúmina y que con frecuencia llevan en su tratamiento antidepresivos, su pronóstico vital es previsiblemente más prolongado, en éstos la dieta intentaría mejorar o mantener el estado nutricional y se pautaría, si procede, soporte nutricional, además de evitar complicaciones relacionadas con la seguridad.

Existen en nuestro entorno asistencial trabajos que evalúan el riesgo de fallecer tras el alta hospitalaria en servicios de medicina interna en pacientes pluri-patológicos, como el PROFUND¹⁹ y el PALIAR²², así como muchos otros modelos, como el ADEPT²³ para evaluar el riesgo en pacientes institucionalizados con demencia, pero no hay ninguno específicamente desarrollado para valorar el riesgo durante la hospitalización en pacientes diagnosticados de disfagia. Los criterios relacionados con el éxito en nuestro trabajo, estarían pendientes de confirmar con un estudio de validación diseñado a tal efecto, y podrían ser aplicables en nuestro entorno asistencial y en otros entornos asistenciales similares, donde se atiende a

enfermos con disfagia y un perfil clínico similar, estén o no hospitalizados, tales como unidades de hospitalización a domicilio, corta estancia o residencias de mayores, para ayudar en la toma de decisiones y orientar cuidados que mejoren la calidad de la atención ofrecida. Para que los modelos pronósticos sean operativos y se facilite con ello su empleo, sería recomendable que no incluyeran más de 5 o 6 variables, como las obtenidas en nuestro trabajo, y se deberían clasificar con una puntuación fácil de obtener y de calcular. También se podría estudiar si los modelos que influyen en la mortalidad en los pacientes con disfagia podrían tener los mismos factores o similares a aquellos que se relacionan con la mortalidad en pacientes sin disfagia, en dicho caso se podría generalizar su utilidad a todos los pacientes que ingresan en la unidad. Con todo, cabe tener en cuenta que el empleo de estos factores u otros, o de modelos pronósticos que los incluyan, son solo orientativos, nos dan una probabilidad no una certeza, pero sí pueden servirnos de ayuda para decidir la planificación asistencial.

Referencias

1. Conselleria de Sanitat. Atención a personas con enfermedades crónicas. Una estrategia para la gestión por procesos en un hospital de media y larga estancia. Valencia: Generalitat. Conselleria de Sanitat. EVES; 2008.
2. 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
3. Clavé P, Arreola V, Velasco N, Quer M, Castellvi JM, Almirall J et al. Diagnóstico y tratamiento de la disfagia orofaríngea funcional. Aspectos de interés para el cirujano digestivo. *Cir Esp* 2007;82(2):62-76
4. 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
5. Garmendia Merino G, Gómez Canela C, Ferrero López MI. En: Diagnóstico e intervención nutricional en la Disfagia Orofaríngea: Aspectos Prácticos. Ed Glosa (Barcelona) 2007.
6. Logemann JA. Dysphagia: Evaluation and Treatment. *Folia Phoniatr Logop* 47:121-129, 1995.
7. Clavé P, Terré R, De Kraa M, Serra M. Approaching oropharyngeal dysphagia. *Rev Esp Enferm Dig* 2004;96:119-31.
8. Kenneth W Altman, Guo-Pei Yu, Steven D Schaefer. Consequence of dysphagia in the hospitalized patient: impact on prognosis and hospital resources. *Archives Otolaryngology Head & Neck Surg* 2010;136(8):784-9.
9. Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. Assessing the nutritional status of the elderly: the mini-nutritional assessment as a part of the geriatric evaluation. *Nutr Rev* 1996; 54:S59-S56.
10. Ulibarri JI, González-Madroño A J, Villar N, González P et al. CONUT: A tool for Controlling Nutritional Status. First validation in a hospital population. *Nutr Hosp* 2005; 20: 38-45.
11. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzi CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chron Dis* 1987;40: 378-83.
12. Mahoney FI, Barthel DW: Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal* 1965;4(2):61-5.
13. Pfeiffer E: A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *Journal of the American Geriatrics Society* 1975;23(10):433-41.

14. Kenneth WA, Gou-Pei Y, Schaefer SD. Consequence of Dysphagia in the Hospitalized Patient. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2010;136(8):784-789.
15. Menasria F, Lakroun S, David JP. Deglutition disorders in elderly patients. *Soins Gerontol* 2013 Jul-Aug;(102):11-4.
16. Almirall J, Rofes L, Serra-Prat M, Icart R, Palomera E, Arreola V, Clave P. Oropharyngeal dysphagia is a risk factor for community-acquired pneumonia in the elderly. *Eur Respir J* 2013; 41: 923-928.
17. Clavé P, Verdaguer A, Arreola V. Disfagia orofaríngea en el anciano. *Med Clin (Barc)* 2005;124(19):742-8.
18. Ferrero López MI, García Gollarte JF, Botella Trelis JJ, Juan Vidal O. Detección de disfagia en mayores institucionalizados. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2012;47(4):143-147.
19. Bernabeu-Wittel M, Ollero-Bataurone M, Moreno Graviño L, Barón-Franco B, Fuertes A, Murcia Zaragoza J, et al. Development of a new predictive model for polypathological patients. The PROFUND index. *Eur J Intern Med* 2011; 22(3): 377-317.
20. Álvarez-Hernández J, Planas Vila M, León-Sanz M, García de Lorenzo A, Celaya- Pérez S, García-Lorda P, et al. Prevalencia y costes la malnutrición en pacientes hospitalizados; estudio PREDyCES. *Nutr Hosp* 2012;27(4):1049-1059.
21. Vanderwee K, Clays E, Bocquaert I, Gobert M, Folens B, Defloor T. Malnutrition and associated factors in elderly hospital patients: A Belgian cross-sectional, multi- centre study. *Clin Nutr* 2010 Aug;29(4):469-76.
22. Bernabeu-Wittel M, Ruiz-Cantero A, Murcia-Zaragoza J, Hernández-Quiles C, Barón-Franco B, Ramos-Cantos C, et al. Precisión de los criterios definitorios de pacientes con enfermedades médicas no neoplásicas en fase terminal. Proyecto PALIAR. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2010; 45: 203-210.
23. Mitchell SL, Miller SC, Teno JM, Davis RB, Shaffer ML. The Advanced Dementia Prognostic Tool (ADEPT): A Risk Score to Estimate Survival in Nursing Home Residents with Advanced Dementia. *J Pain Symptom Manage* 2010; 40(5):639-51.