

Caracterización de pacientes hospitalizados con sospecha de disfagia en el Hospital San Camilo de San Felipe, Chile

Characterization of hospitalized patients with suspected dysphagia at Hospital San Camilo, San Felipe

Amalia Nanjarí R.¹, Cristián Guzmán O.^{1,2}, Alex León I.³

¹Escuela de Fonoaudiología,
Facultad de Medicina,
Universidad de Valparaíso. San
Felipe, Chile.

²Unidad de
Otorrinolaringología, Hospital
San Camilo. San Felipe,
Chile.

³Facultad de Medicina,
Universidad de Chile.
Santiago, Chile.

Los autores declaran no tener
conflictos de interés.

Recibido el 22 de julio de
2020. Aceptado el 16 de
marzo de 2021.

Correspondencia:
Amalia Nanjarí R.
Escuela de Fonoaudiología,
Facultad de Medicina,
Universidad de Valparaíso,
Camino la Troya esquina, El
Convento. San Felipe, Chile.
Email: amalia.nanjari@gmail.
com

Resumen

Introducción: El trastorno de la deglución, se denomina disfagia y presenta como complicaciones fundamentales la deshidratación, desnutrición y neumonía por aspiración, situaciones que condicionan desfavorablemente el estado de salud, incrementando la morbimortalidad. En Chile, existen escasas publicaciones a la fecha que den cuenta de antecedentes clínicos que permitan describir a los pacientes con sospecha de disfagia. **Objetivo:** Describir las características clínicas de pacientes hospitalizados con sospecha de disfagia en el Hospital San Camilo de San Felipe, Chile. **Material y Método:** Estudio descriptivo de 767 registros de pacientes, entre los años 2017 y 2019. Se revisó información demográfica y antecedentes clínicos. Para variables cualitativas, se utilizaron proporciones y distribuciones frecuenciales, para variables cuantitativas, se usaron medidas de tendencia central. **Resultados:** El 58,54% de los pacientes era de sexo masculino y el 79,4% correspondió a personas mayores (79,4%). Las patologías neurológicas representaron el diagnóstico de ingreso más frecuente (61,93%). El 14,73% presentó antecedentes de intubación endotraqueal, el 8,34% tenía traqueostomía y el 84,09% era edéntulo parcial o total. En la evaluación con alimentos, las degluciones múltiples y la presencia de tos correspondieron a las alteraciones de eficacia y seguridad más frecuentes. En el 82,01% se diagnosticó disfagia y la mayoría de etiología neurogénica (68,45%). **Conclusión:** El presente estudio permitió conocer las características clínicas de los pacientes con sospecha de disfagia hospitalizados. En este contexto los pacientes extubados, traqueostomizados y las personas mayores con trastornos neurológicos o patologías respiratorias se presentan como potenciales candidatos para la evaluación de deglución. **Palabras clave:** evaluación clínica, trastornos de la deglución, disfagia orofaríngea.

Abstract

Introduction: The swallowing disorder is called dysphagia and presents complications such as dehydration, malnutrition and aspiration pneumonia, situations that unfavorably condition the state of health, increasing morbidity and mortality. In Chile, there are few publications to date that provide an account of clinical history that allow the description of patients with suspected dysphagia. **Aim:** To describe the clinical characteristics of hospitalized patients with suspected dysphagia at Hospital San Camilo de San Felipe, Chile. **Material and Method:** Descriptive study of 767 patient records, between the years 2017 and 2019. Demographic information and clinical history were reviewed. For qualitative variables, proportions and frequency distributions were used, for quantitative variables, measures of central tendency were used. **Results:** 58.54% of the patients were male and 79.4% corresponded to elderly people (79.4%). Neurological pathologies represented the most frequent admission diagnosis (61.93%). 14.73% had a history of endotracheal intubation, 8.34% had a tracheostomy, and 84.09% were partial or total edentulous. In the evaluation with food, multiple swallows and the presence of cough corresponded to the most frequent alterations in efficacy and safety. In 82.01%, dysphagia was diagnosed and the majority of neurogenic etiology (68.45%). **Conclusion:** The present study allowed us to describe the clinical characteristics of hospitalized patients with suspected dysphagia. In this context, extubated, tracheostomized patients and the elderly with neurological disorders or respiratory pathologies are presented as potential candidates for swallowing evaluation. **Keywords:** clinical evaluation, swallowing disorders, oropharyngeal dysphagia.

Introducción

La deglución consiste en el transporte de saliva y alimentos desde la boca hacia el estómago¹. Se produce gracias a la coordinación, sincronización y eficiencia de un complejo sistema formado por estructuras orales, laríngeas, faríngeas y esofágicas comandadas por el sistema nervioso central y periférico^{1,2}. Por consiguiente, el trastorno de la deglución se denomina disfagia y se asocia a causas anatómicas, funcionales e iatrogénicas, que afectan las fases de la deglución¹⁻³. Los trastornos de la deglución se manifiestan en la dificultad para manejar las secreciones endógenas o ingerir alimentos en diferentes volúmenes y/o consistencias⁴.

La disfagia altera la eficacia y/o seguridad de la deglución³. Los trastornos de la eficacia, cuyos signos corresponden a escape anterior, residuos orales o faríngeos, odinofagia, degluciones múltiples, regurgitación nasal y déficit en la formación del bolo, implican que no se ingiere la cantidad de calorías y agua necesarias^{5,6}. El déficit calórico produce pérdida de peso anormal, disminución de la masa muscular y deterioro del estado general, lo que incrementa la morbilidad por procesos infecciosos o úlceras de decúbito que impiden la recuperación del sujeto⁶⁻⁸. La deshidratación, se asocia a compromiso de conciencia y disminución de la salivación, que inciden desfavorablemente en el proceso deglutorio⁸.

Las alteraciones de la seguridad corresponden a la penetración y aspiración de saliva y/o alimentos, siendo la primera la entrada de sustancias sobre las cuerdas vocales y la segunda bajo ellas^{8,9}. La aspiración puede detectarse a través de signos clínicos como cambios de voz, carraspeo o tos, disnea y desaturación de oxígeno $\geq 3\%$ con respecto al valor basal^{2,10,11}. No obstante, cuando la sensibilidad laríngea se encuentra reducida o alterada, las aspiraciones pueden ser silentes en un 20% a 30% de los pacientes¹². En este marco, las aspiraciones, provocan aproximadamente la mitad de los casos de neumonías aspirativas, con una mortalidad del 45%¹³.

En consecuencia, la neumonía por aspiración, así como la deshidratación y desnutrición del sujeto, son situaciones que condicionan desfavorablemente el estado de salud, incre-

mentando la morbimortalidad y prolongando la estadía hospitalaria, lo que repercute directamente en los costes sanitarios^{2,3,7,10,14-16}. Por otra parte, la clasificación internacional del funcionamiento y la discapacidad considera a la disfagia como ente restrictivo de la participación social, generando consecuencias psicosociales que alteran la calidad de vida del sujeto afectado^{2,3,14}.

En este sentido, es relevante identificar de forma precoz la disfagia orofaríngea en los grupos de riesgo mediante la utilización de cribados, protocolos de evaluación clínica y métodos instrumentales^{5,8,17}. Estos permiten detectar un trastorno de la eficacia y seguridad en la deglución, obtener un diagnóstico y establecer líneas terapéuticas para así prevenir sus principales complicaciones^{9,16}. Asimismo, posibilita la identificación temprana de pacientes con bajo potencial de recuperación, en especial cuando deben tomarse decisiones como la vía de alimentación alternativa¹⁸. De esta manera, se reducen; los tiempos de hospitalización, gastos en suministros de alimentación no oral, tratamientos médicos y reingresos hospitalarios^{2,6,10}.

Para el equipo sanitario resulta un desafío detectar a personas con trastornos deglutorios, los que muchas veces son subdiagnosticados^{5,6}. Con el envejecimiento de la población y considerando que las políticas públicas de salud no siempre incluyen la evaluación de la deglución en las recomendaciones de sus guías clínicas, es relevante conocer las características de los pacientes que son derivados a evaluación de la deglución, con la finalidad de contar con instrumentos que incorporen antecedentes relevantes acordes a la población de riesgo. Con este objetivo, considerando las escasas publicaciones nacionales que permiten describir a los pacientes con sospecha de disfagia, resulta necesario incrementar el conocimiento en este ámbito.

Objetivo

El objetivo del presente estudio es describir las características clínicas de pacientes hospitalizados con sospecha de disfagia en el Hospital San Camilo, de San Felipe, Chile, entre los años 2017-2019.

Material y Método

Se realizó un estudio descriptivo transversal que incluyó los registros de pacientes hospitalizados derivados por el médico tratante a evaluación de la deglución por sospecha de disfagia. El estudio contó con aprobación del comité de bioética del Servicio de Salud Aconcagua (39/2017).

Se utilizó información proveniente de una base de datos anonimizada de pacientes perteneciente a las unidades de otorrinolaringología y medicina física y rehabilitación del Hospital San Camilo, que cuenta con información demográfica y clínica relevante para efectos de esta investigación. Se recolectaron antecedentes demográficos; sexo y edad, y antecedentes clínicos: comorbilidades, diagnóstico de ingreso, antecedentes de intubación previos, presencia de traqueostomía y resultados de la evaluación de la deglución.

Se recolectaron antecedentes demográficos (sexo y edad) y clínicos (comorbilidades, diagnóstico de ingreso, antecedentes de intubación previos, presencia de traqueostomía y resultados de la evaluación de la deglución). Los datos fueron analizados con el programa STATA 12®. Para variables cualitativas, se utilizaron proporciones y distribuciones frecuenciales, mientras que, para el caso de variables cuantitativas, se usaron medidas de tendencia central.

Se valoró la deglución mediante un protocolo clínico. La evaluación indirecta, midió estado de conciencia, comprensión de instrucciones, habla, anátomo-funcionalidad de los órganos fonoarticulatorios y presencia de reflejos. La evaluación directa, consistió en administrar al paciente diversos bolos en volúmenes de 3, 5 y 10 ml medidos con jeringa, en viscosidades pudín (obtenido mediante un espesante comercial Fresubin® (> 1.751 cP), líquido fino (agua a temperatura ambiente, 1 cP), finalizando la evaluación de sólidos por medio de la ingesta de una galleta. Todo esto permite medir, gradualmente, la respuesta del paciente y detener la evaluación ante cualquier indicio de riesgo, clasificando la disfagia según el siguiente cuadro diagnóstico (protocolo SEF, seguridad, eficacia y seguridad)¹⁹ (Tabla 1).

Resultados

La muestra se conformó por 767 pacientes incluidos en la base de datos. Con respecto a las características demográficas, 449 (58,54%) eran de sexo masculino y 609 (79,4%) se concentraron entre las edades de 60 a 90 años o más, mientras que 158 (20,6%) lo hizo entre los 21 a 59 años (Tabla 2).

En cuanto a las comorbilidades, 493 pacientes (64,28%) presentaron hipertensión arterial (HTA), mientras que, 233 (30,38%) diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Los diagnósticos médicos de ingreso a hospitalización más frecuentes fueron patologías neurológicas con un total de 475 pacientes (61,93%); accidente cerebrovascular (ACV) 330 (43,02%), encefalopatías 37 (4,82%), síndromes convulsivos 19 (2,48%), síndrome confusional o delirium 14 (1,83%) y otras patologías neurológicas 44 (5,74%) (enfermedades neurodegenerativas, neuromusculares, demencias, hematoma subdural, entre otros). En relación con causas no neurogénicas, se encuentran; enfermedades respiratorias en 139 pacientes (18,12%), sepsis en 42 (5,48%), cardiopatías en 17 (2,22%) y otras causas en 94 (12,26%) (infección urinaria, síndrome febril, entre otros). De estos últimos, 50 (6,52%) tenían diagnósticos neurológicos de base, como demencias y ACV con secuelas neurológicas.

Del total de la muestra, 113 pacientes (14,73%) presentaron antecedentes de intubación endotraqueal durante la hospitalización y 64 (8,34%) estaban traqueostomizados cuando fueron evaluados. En relación a los resultados de la evaluación indirecta; en el parámetro de habla; 455 pacientes (59,32%) evidenciaron normalidad, 198 (25,81%) disartria, 6 (0,78%) apraxia del habla y 108 (14,08%) no pudo ser evaluado por no responder o emitir lenguaje oral. Además, 107 (13,95%) presentaron dentadura completa, 402 (52,41%) edentulismo parcial, 243 (31,68%) edentulismo total y 15 (1,96%) no pudieron ser evaluados.

En función de los resultados de la evaluación directa se encontró que la alteración de la eficacia más frecuente correspondió a "degluciones múltiples": en líquidos [3 ml, 40 (5,22%); 5 ml, 55 (6,65%); 10 ml, 67 (8,74%)] y en pudín [3 ml, 68 (8,87%); 5 ml, 114 (14,86%); 10 ml, 119 (15,51%)]. En el caso

Tabla 1. Clasificación de la disfagia (Aguirre y cols., 2016)¹⁹

Deglución normal	Deglución segura y eficiente en todas las situaciones. Tos efectiva. No requiere tiempo adicional, ni uso de estrategias. Dieta normal.
Deglución funcional	Deglución segura y eficiente en todas las consistencias. Tos efectiva. Requiere tiempo adicional, sin uso de estrategias adicionales.
Disfagia mecánica	Trastorno producido por la alteración estructural de los órganos involucrados en la deglución.
Disfagia iatrogénica	Alteración de la deglución que se produce como efecto colateral de tratamientos médico-quirúrgicos (actualizado).
Disfagia funcional	Es aquella que no se explica por un daño orgánico ni neurológico, sino que es causado por otro tipo de alteración.
Disfagia neurogénica	Alteración de la deglución causada por una lesión a nivel del sistema nervioso central o periférico.
Grados de disfagia	
<input type="checkbox"/> Leve	Alteración de la eficacia de la deglución. Seguridad conservada. Reflejo deglutorio presente. Tos efectiva. Alimentación vía oral con mínimas estrategias compensatorias y/o restricción de alimentos específicos.
<input type="checkbox"/> Leve-moderada	Alteración de la eficacia de la deglución. Alteración de la seguridad de la deglución en volúmenes o consistencias/viscosidades específicas. Reflejo deglutorio presente. Tos efectiva. Alimentación vía oral con estrategias compensatorias y restricción de volumen/consistencia alterado.
<input type="checkbox"/> Moderada	Alteración de la eficacia de la deglución. Alteración de la seguridad de la deglución en dos o más VC. Reflejo deglutorio presente (adecuado o retardado). Tos inefectiva. Alimentación vía oral o mixta con estrategias compensatorias y restricción de volúmenes/consistencias.
<input type="checkbox"/> Moderada-severa	Alteración de la eficacia y seguridad de la deglución en todos los volúmenes y consistencias, excepto 3 o menos cc. Reflejo deglutorio retardado. Tos inefectiva. Alimentación por método alternativo. Ingesta terapéutica.
<input type="checkbox"/> Severa	Alteración de la eficacia y seguridad de la deglución en todos los volúmenes y consistencias. Reflejo deglutorio ausente. Tos ausente. Alimentación por método alternativo. Entrenamiento indirecto.

Tabla 2. Distribución de pacientes según edad

Edad	n	%
< 20	4	0,52
20 – 29	19	2,47
30 – 39	21	2,73
40 – 49	25	3,25
50 – 59	88	11,47
60 – 69	133	17,34
70 – 79	185	24,11
80 – 89	231	30,16
> 90	61	7,95
	767	100,00

de los sólidos, fue “déficit en la formación de bolo” en 46 pacientes (6%) (Tabla 3).

En relación con las alteraciones de la seguridad, la más frecuente correspondió a la presencia de “tos”; en líquidos [3 ml, 55 (7,17%); 5 ml, 73 (9,52%); 10 ml, 56 (7,3%)], pudín [5 ml, 49 (6,39%); 10 ml, 43 (5,61%)] y sólidos 10 pacientes (1,3%). Del total de pacientes evaluados 94 (12,26%) presentaron deglución normal; 44 (5,74%) deglución funcional; 525 (68,45%) disfagia neurogénica; 70 (9,13%) disfagia funcional; 22 (2,87%) disfagia iatrogénica y 12 (1,56%) disfagia mecánica. En este aspecto, considerando los diagnósticos de disfagia, 116 pacientes (15,12%) evidenciaron grado leve; 149 (19,43%) leve-moderado; 114 (14,86%) moderado; 105 (13,69%) moderado-severo y 145 (18,9%) disfagia severa. Fi-

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

Tabla 3. Distribución de pacientes según evaluación directa de la deglución

	L - 3 ml		L - 5 ml		L - 10 ml		P-3 ml		P-5 ml		P - 10 ml		Sólidos	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sin alteraciones	378	49,28	368	47,98	317	41,33	379	49,41	359	46,81	312	40,68	118	15,38
Alteraciones de la eficacia														
Escape anterior	3	0,39	2	0,26	2	0,26	5	0,65	5	0,65	6	0,78	1	0,13
Regurgitación nasal	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Degluciones múltiples	40	5,22	51	6,65	67	8,74	68	8,87	114	14,86	119	15,51	14	1,83
Residuo oral	6	0,78	6	0,78	4	0,52	8	1,04	8	1,04	7	0,91	40	5,22
Residuo faríngeo	7	0,91	10	1,30	9	1,17	25	3,26	27	3,52	18	2,35	6	0,78
Déficit bolo	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	46	6,00
Enlentecimiento	9	1,17	11	1,43	6	0,78	31	4,04	37	4,82	28	3,65	43	5,61
Reflejo nauseoso	2	0,26	1	0,13	2	0,26	4	0,52	2	0,26	2	0,26	1	0,13
Odinofagia	1	0,13	3	0,39	1	0,13	3	0,39	4	0,52	2	0,26	1	0,13
Alteraciones de la seguridad														
Tos	55	7,17	73	9,52	56	7,30	31	4,04	49	6,39	43	5,61	10	1,30
Cambios de voz	0	0,00	0	0,00	1	0,13	1	0,13	1	0,13	0	0,00	0	0,00
Déficit ascenso	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Desaturación O ₂	3	0,39	2	0,26	2	0,26	3	0,39	7	0,91	6	0,78	1	0,13
Disnea	1	0,13	2	0,26	1	0,13	2	0,26	3	0,39	1	0,13	0	0,00
RMO Ausente	8	1,04	11	1,43	2	0,26	36	4,69	20	2,61	2	0,26	1	0,13
No evaluado	254	33,12	229	29,86	297	38,72	171	22,29	131	17,08	221	28,81	485	63,23
	767	100,00	769	100,26	767	100,00	767	100,00	767	100,00	767	100,00	767	100,00

RMO: Respuesta motora orofaríngea.

nalmente, los sujetos que requirieron examen instrumental, en este caso por medio de la evaluación fibroscópica de la deglución (FEES: *fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing*), fueron 48 (6,26%).

Discusión

A nivel nacional, existen escasos estudios que den cuenta de antecedentes clínicos que permitan describir a los pacientes con sospecha de disfagia. En la presente investigación, según los datos demográficos, 449 pacientes (58,54%) correspondieron a sujetos de sexo masculino, lo que coincide con otros estudios²⁰⁻²².

Con respecto a la edad, 609 pacientes (77,4%) fueron adultos mayores. Esto es concordante con publicaciones que señalan que la disfagia es altamente prevalente en este grupo etario, debido al aumento de trastornos neurológicos, sarcopenia y polifarmacia asociada

al envejecimiento^{3,16,17,22}. En este contexto, la sociedad de medicina geriátrica de la unión europea señala que la disfagia orofaríngea coincide con la definición de síndrome geriátrico, debido a que es un conjunto de síntomas que afecta a adultos mayores independientes (30%-40%) y a sujetos institucionalizados (60%). Además, comparte factores de riesgo, como la dependencia funcional y cognitiva, con otros síndromes geriátricos¹⁶.

Las comorbilidades como la hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2, presentes en 493 pacientes (64,28%) y 233 (30,38%) respectivamente, evidenciaron resultados similares a los encontrados por Mourão y cols.²³. Ambas patologías, favorecen la presencia de lesiones vasculares que en fase aguda aumentan el riesgo de disfagia⁸.

En relación con los antecedentes clínicos la mayoría de los diagnósticos de ingreso (475/61,93%), correspondieron a trastornos neurológicos. Estos últimos son factores pre-

disponibles para la disfagia, por el importante rol que ejerce el sistema nervioso en cada fase de la deglución²⁴. En consecuencia, el ACV fue el diagnóstico de ingreso más frecuente, lo que coincide con la literatura que señala que es la patología con mayor incidencia de disfagia, presentando cifras que van desde el 0,8% al 80%²⁵. En este sentido, la guía clínica: accidente cerebro vascular isquémico en personas de 15 años y más, establece con nivel de recomendación "A", implementar un programa sistemático de diagnóstico para reducir la ocurrencia de neumonía, evaluar la deglución con una prueba de cribado dentro de las 24-48 horas de ocurrido el ACV y necesariamente antes de iniciar la ingesta²⁶.

Por otra parte, 139 pacientes (18,12%) ingresaron por enfermedades respiratorias, etiología que puede desencadenar trastornos deglutorios vinculados con alteraciones en los mecanismos de protección de la vía aérea superior y descoordinación respiración-deglución con probables penetraciones laríngeas¹. En el estudio de Cabezón y cols., la segunda causa de derivación a evaluación de la deglución correspondió a patologías de este tipo²¹.

Además, 113 pacientes (14,73%) tenían antecedentes de intubación endotraqueal. Esto coincide con un análisis a gran escala que detectó que la prevalencia de disfagia posterior a la extubación es de 12,4% en la población de unidades de cuidados intensivos²⁷. No obstante, en el estudio de Skoretz y cols., la frecuencia de disfagia varió de 3% a 62%, según un promedio de 124,8 a 346,6 horas de duración de la intubación²⁸, mientras que la revisión sistemática de McIntyre y cols., concluyó que la disfagia se encuentra presente en el 41% de los adultos críticamente enfermos²⁹. Se ha estudiado que la intubación endotraqueal prolongada (mayor a 48 horas) se asocia a mayor riesgo de disfagia, de igual forma a mayor duración, mayor gravedad de la misma³⁰. Igualmente, 64 (8,34%) correspondieron a pacientes traqueostomizados, y aunque se ha señalado que la cánula de traqueostomía por sí misma no produciría efectos desfavorables sobre la deglución, sí lo haría el desuso de las funciones faringolaríngeas³¹.

Se identificaron trastornos de habla en 204 pacientes (26,6%). Es conocida la relación que existe entre el habla y deglución, debido a

que ambas funciones son desempeñadas por las mismas estructuras anatómicas³². En un estudio de Flowers y cols., encontraron datos similares (28%) para la presencia de disfagia y disartria³³. Igualmente, Peña y cols., correlacionan los trastornos de la comunicación con los de deglución, pero con mayores porcentajes, 43,2% para disartria y 3,4% apraxia del habla¹⁷. Lo que difiere del presente estudio, es que ambos solo consideraron sujetos con ACV.

Al evaluar las características de la dentición se detectó que 107 pacientes (13,95%) presentaron dentadura completa, 402 (52,41%) edentulismo parcial y 243 (31,68%) edentulismo total. Los datos anteriores, muestran mayores porcentajes que los presentados por la Encuesta Nacional de Salud realizada en Chile el 2016-17, en los cuales solo el 2,6% de los adultos mayores, entre los 65 a 74 años, conservaba su dentición completa, mientras que un 79,8% presentaba edentulismo parcial y un 17,6% tenía edentulismo total³⁴. La ausencia de piezas dentarias afecta la masticación; función que permite la transformación de los alimentos sólidos en un bolo homogéneo favoreciendo la deglución y digestión³⁵.

Los resultados de la evaluación directa arrojaron que la alteración de la eficacia más frecuente correspondió a "degluciones múltiples", referente a la necesidad de realizar dos o más degluciones para un aclaramiento de la orofaringe. Lo anterior, puede señalar dificultades de propulsión oral, alteración del reflejo de deglución y paresia de la pared faríngea³⁶. Se observa una diferencia en los alimentos sólidos, en el que 649 pacientes (84,62%) no fueron evaluados o presentaron en su mayoría "déficit en la formación de bolo alimenticio"³⁶. Lo último es debido a que cuando se detecta algún signo que compromete la seguridad del paciente, no se evalúa una consistencia mayor o se detiene la prueba⁵.

Con respecto a la alteración de la seguridad, la más frecuente correspondió a la presencia de "tos". Según un estudio de Miles y cols., los pacientes presentan más probabilidades de tos al aspirar grandes volúmenes de líquidos delgados que pequeños volúmenes de semisólido, por ende, los tamaños de bolo más grandes dan como resultado una mayor probabilidad de una respuesta de tos al material aspirado³⁷. Además, los pacientes neurológicos presentan

altas tasas de aspiración al deglutir líquidos, lo que coincide con la causa de disfagia más prevalente en el presente estudio³⁸.

En total 629 pacientes (82,01%) presentaron disfagia, datos similares al estudio de Nazar y cols.⁹ (prospectivo) y Cabezón y cols.²¹ (restrospectivo), en el que se diagnosticó trastornos de la deglución en el 82,2% y 92% de los sujetos respectivamente. En las tres investigaciones se incluyeron pacientes evaluados por sospecha de disfagia con diversas causas de ingreso, sin embargo, es importante destacar que, a diferencia de la presente investigación, ambos estudios utilizaron FEES para el diagnóstico.

Por último, los pacientes que requirieron examen instrumental fueron 48 (6,26%). La cantidad reducida de derivaciones se debe a que se realiza en una primera instancia la evaluación clínica de la deglución y posterior a ello, se deriva a FEES en los siguientes casos; determinación de diagnóstico cuando los signos y síntomas son incompatibles con la evaluación clínica, sospecha de alteración estructural y definición de vía de alimentación en pacientes que requieran gastrostomía.

Conclusión

El presente estudio permitió conocer las características clínicas de los pacientes con sospecha de disfagia hospitalizados. En este contexto los pacientes extubados, traqueostomizados y las personas mayores con trastornos neurológicos o patologías respiratorias se presentan como potenciales candidatos para la evaluación de deglución. El contar con esta información, permite establecer programas de derivación para la detección precoz de la disfagia en los sujetos con las características señaladas para evitar complicaciones posteriores durante el periodo de hospitalización.

Agradecimientos

Se agradece a los estudiantes, actuales fonoaudiólogos Belén Arias, Eduardo Córdova, Javiera Elgueta y a los internos (2018-2019) de la carrera de fonoaudiología de la Universidad de Valparaíso, Campus San Felipe por su contribución en la recolección de datos del estudio.

Bibliografía

1. Cámpora H, Falduti A. Deglución de la A a la Z. 2nd ed. Ediciones Journal; 2019:367.
2. Hincapié-Henao L, Lugo LE, Ortiz SD, López ME. Prevalencia de disfagia en unidad de cuidados especiales. *Rev CES Med.* 2010;24:21-29.
3. Venegas M, Navia R, Fuentealba I, Medina M, Kunstmann P. Manejo hospitalario de la persona mayor con disfagia. *Rev Méd Clín Condes.* 2020;31(1):50-64. doi: 10.1016/j.rmcl.2019.09.005.
4. Suárez C, Gil-Carcedo L, Marco J, Medina J, Ortega P, Trinidad J. Disfagia y aspiración. Médica Panamericana; 2008.
5. Lendínez-Mesa A, Fraille-Gomez M del P, García-García E, et al. Disfagia orofaríngea: prevalencia en las unidades de rehabilitación neurológica. *Rev Científica Soc Esp Enferm Neurológica.* 2014;39(1):5-10. doi: 10.1016/j.sedene.2014.03.001.
6. Suárez-Escudero J, Rueda Z, Orozco A. Disfagia y neurología: ¿una unión indefectible? *Acta Neurol Colomb.* 2018;34(1):92-100. doi: 10.22379/24224022184.
7. Patino-Hernández D, Borda MG, Venegas LC, Chavarro-Carvajal DA, Cano-Gutiérrez CA. Disfagia sarcopénica. *Rev Colomb Gastroenterol.* 2017;31(4):418. doi: 10.22516/25007440.117.
8. Barroso J. Disfagia orofaríngea y broncoaspiración. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2009;44:22-28. doi: 10.1016/j.regg.2009.06.010.
9. Nazar G, Ortega A, Godoy A, Godoy JM, Fuentealba I. Evaluación fibroscópica de la deglución. *Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello.* 2008;68(2): 131-142. doi: 10.4067/S0718-48162008000200004.
10. Cocho D, Sagales M, Cobo 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(1):22-28. doi: 10.1016/j.nrl.2014.12.005.
11. Guillén-Solà A, Martínez-Orfila J, Boza R, Monleón 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(4):292-300. doi: 10.1016/j.rh.2011.06.006.
12. Nazar G, Ortega A, Fuentealba I. Evaluación y manejo integral de la disfagia orofaríngea. *Rev Méd Clín Condes.* 2009;20(4):449-457.
13. Croghan JE, Burke EM, Caplan S, Denman S. Pilot study of 12-month outcomes of nursing home patients with aspiration on videofluoroscopy. *Dysphagia.* 1994;9(3):141-146. doi: 10.1007/BF00341256.
14. Perren A, Zürcher P, Schefold JC. Clinical Approaches to Assess Post-extubation Dysphagia (PED) in the Critically Ill. *Dysphagia.* 2019;34(4):475-486. doi: 10.1007/s00455-019-09977-w.

15. Samia ESB, Safinaz NA, Rasha HS, Shaimaa As. Assessment of Dysphagia in Acute Stroke Patients by the Gugging Swallowing screen. *Glob J Otolaryngol.* 2017;9(4):80-87. doi: 10.19080/GJO.2017.09.555766.
16. Baijens LW, Clavé P, Cras P, et al. European Society for Swallowing Disorders - European Union Geriatric Medicine Society white paper: oropharyngeal dysphagia as a geriatric syndrome. *Clin Interv Aging.* 2016; 11:1403-1428. doi: 10.2147/cia.s107750.
17. Peña-Chávez R, López-Espinoza M, Guzmán-Inostroza M, et al. Factores asociados a la disfagia orofaríngea postictus. *Rev Neurol.* 2015;61(07):295-300. doi: 10.33588/rn.6107.2015070.
18. Hernández J, Rodríguez LM, Gómez MC, Sánchez MF. Factores de pronóstico de la disfagia luego de un ataque cerebrovascular: una revisión y una búsqueda sistemática. *Cienc Salud.* 2017;15(1):7-21. doi: 10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.5371.
19. Aguirre A, Carrasco J, Conejeros P, Zúñiga F. Protocolo de evaluación funcional de la deglución en pacientes adultos para ser usado en la clínica fonoaudiológica (Tesis pregrado). San Felipe, Valparaíso: Universidad de Valparaíso, 2017. 81 pp. Disponible en: <http://repositoriobibliotecas.uv.cl/handle/uvsc1/1632>. Consultado el 26 de enero de 2020.
20. Cabezón A, Ramírez C, Badía P, León N, Fonseca X. Evaluación de la deglución con nasofibroscoopia en pacientes hospitalizados: factores predictivos y seguimiento intrahospitalario: Experiencia en un hospital clínico universitario. *Rev Med Chile.* 2011;139(8):1025-1031. doi: 10.4067/S0034-98872011000800007.
21. Lo W-L, Leu H-B, Yang M-C, Wang D-H, Hsu M-L. Dysphagia and risk of aspiration pneumonia: A nonrandomized, pair-matched cohort study. *J Dent Sci.* 2019;14(3):241-247. doi: 10.1016/j.jds.2019.01.005.
22. Mourão AM, Almeida EO, Lemos SMA, Vicente LCC, Teixeira AL. Evolução da deglutição no pós-AVC agudo: estudo descritivo. *Rev CEFAC.* 2016;18(2):417-425. doi: 10.1590/1982-0216201618212315.
23. Ertekin C, Aydogdu I. Neurophysiology of swallowing. *Clin Neurophysiol.* 2003;114(12):2226-2244. doi: 10.1016/S1388-2457(03)00237-2.
24. Takizawa C, Gemmell E, Kenworthy J, Speyer R. A Systematic Review of the Prevalence of Oropharyngeal Dysphagia in Stroke, Parkinson's Disease, Alzheimer's Disease, Head Injury, and Pneumonia. *Dysphagia.* 2016;31(3):434-441. doi: 10.1007/s00455-016-9695-9.
25. MINSAL. Guía Clínica AUGÉ de Accidente Cerebrovascular Isquémico En Personas de 15 Años y Más. 2nd ed.; 2013.
26. Schefold JC, Berger D, Zürcher P, et al. Dysphagia in Mechanically Ventilated ICU Patients (DYnAMICS): A Prospective Observational Trial. *Crit Care Med.* 2017;45(12):2061-2069. doi: 10.1097/CCM.0000000000002765.
27. Skoretz SA, Flowers HL, Martino R. The incidence of dysphagia following endotracheal intubation: a systematic review. *Chest.* 2010;137(3):665-673. doi: 10.1378/chest.09-1823.
28. McIntyre M, Doeltgen S, Dalton N, Koppa M, Chimunda T. Post-extubation dysphagia incidence in critically ill patients: A systematic review and meta-analysis. *Aust Crit Care.* 2021;34(1):67-75. doi: 10.1016/j.aucc.2020.05.008.
29. Yang WJ, Park E, Min YS, et al. Association between clinical risk factors and severity of dysphagia after extubation based on a videofluoroscopic swallowing study. *Korean J Intern Med.* 2020;35(1):79-87. doi: 10.3904/kjim.2018.055
30. Chiappero G, Falduti A, Campora H et al. Detección de la disfagia en el paciente adulto con vía aérea artificial en Terapia Intensiva, recomendaciones de expertos intersocietarias. *RATI.* 2020;37(1):p20-35.
31. Barroqueiro PC, Lopes MKD, Moraes AMS. Critérios fonoaudiológicos para indicação de vía alternativa de alimentação em unidade de terapia intensiva em um hospital universitário. *Rev CEFAC.* 2017;19(2):190-197. doi: 10.1590/1982-021620171927116.
32. Flowers HL, Silver FL, Fang J, Rochon E, Martino R. The incidence, co-occurrence, and predictors of dysphagia, dysarthria, and aphasia after first-ever acute ischemic stroke. *J Commun Disord.* 2013;46(3):238-248. doi: 10.1016/j.jcomdis.2013.04.001.
33. MINSAL. Departamento de Epidemiología, División de Planificación Sanitaria Subsecretaría de Salud Pública Santiago, Encuesta Nacional de Salud Chile 2016-2017. Santiago, Chile: Ministerio de Salud; 2017.
34. Andrade RA de, Cunha MD da, Reis AM da C dos S. Morphofunctional analysis of the stomatognathic system in conventional complete dentures users from the Integrated Health Center. *Rev CEFAC.* 2017;19(5):712-725. doi: 10.1590/1982-021620171955817.
35. Padovani AR, Moraes DP, Mangili LD, de Andrade CRF. Protocolo fonoaudiológico de avaliação do risco para disfagia (PARD). *Rev Soc Bras Fonoaudiol.* 2007;12(3):199-205. doi: 10.1590/S1516-80342007000300007.
36. Miles A, McFarlane M, Scott S, Hunting A. Cough response to aspiration in thin and thick fluids during FEES in hospitalized inpatients: Cough response in thin and thick fluids. *Int J Lang Commun Disord.* 2018;53(5):909-918. doi: 10.1111/1460-6984.12401.
37. Clavé P, de Kraa M, Arreola V, et al. The effect of bolus viscosity on swallowing function in neurogenic dysphagia. *Aliment Pharmacol Ther.* 2006;24(9):1385-1394. doi: 10.1111/j.1365-2036.2006.03118.x.