VI ENCUENTRO DE INVESTIGACION

TAMIZAJE DE DISFAGIA EN PACIENTES CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR EN LAS PRIMERAS 72 HORAS DE INGRESO DENTRO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ DURANTE EL AÑO 2022

*C. Bocanegra**, C. Jaraba, H. Segrera **, Y. Peña, M. Ramírez, R. Olarte***

RESUMEN

Resumen:
Introducción: El ACV en Colombia se encuentra dentro de las causas más frecuentes de morbimortalidad en el adulto, ocasionando un promedio de 32 muertes por cada 100.000 habitantes considerándose así en el territorio nacional como un evento de interés en salud pública.
Objetivo: nuestro trabajo buscó identificar la problemática en el tamizaje de deglución en pacientes con ataque cerebro vascular que ingresan al Hospital Universitario Erasmo Meoz.
Materiales y Métodos:
Estudio observacional descriptivo de mejoramiento de la calidad, que incluyó todos los pacientes que ingresaron al Hospital Universitario Erasmo Meoz entre febrero a octubre de 2022 por ataque cerebrovascular. Se realizaron dos intervenciones de capacitación entre colaboradores del servicio de urgencias para mejorar la adherencia a la recomendación de tamizaje. Las variables categóricas se expresaron en valor absoluto y porcentajes y las continuas en mediana y rangos inter-cuartílicos.
Resultados: en total se incluyeron 114 pacientes con ataque cerebrovascular, la mayoría hombres (55%), con mediana de edad de 69 años (RIQ 61-79) y con mediana del tiempo de ventana del ataque cerebrovascular de 4.5 horas (RIQ 2.1 – 13.5). El evento cerebro vascular más común fue el ataque cerebro vascular isquémico (40%), seguido de la hemorragia intracerebral (22%). El test de tamizaje para disfagia fue realizado en el 10% de los pacientes. Planteamos el uso de un algoritmo para tamizaje a todo paciente con ataque cerebrovascular que ingrese al hospital (Anexo a este artículo).
Conclusiones: el test de tamizaje para disfagia en pacientes con ataque cerebro vascular es una herramienta factible y útil para detectar la necesidad del test de deglución. En nuestro medio existe una gran oportunidad de mejoramiento a través de la aplicación del test de tamizaje a todo paciente que ingrese al servicio con ataque cerebrovascular.

Palabras claves: *Accidente cerebrovascular, deglución, disfagia*

ABSTRACT

Introduction: Stroke in Colombia is among the most frequent causes of morbidity and mortality in adults, causing an average of 32 deaths per 100,000 inhabitants, thus considering as an event of interest in public health.
Objective: our work sought to identify the problem in swallowing screening in patients with stroke admitted to the Erasmo Meoz University Hospital.
Materials and methods:
Descriptive observational study of quality improvement, which included all patients admitted to the Erasmo Meoz University Hospital between February and October 2022 due to stroke. Two training interventions were carried out among collaborators of the emergency department to improve adherence to the screening recommendation. Categorical variables are expressed as absolute values and percentages, and continuous variables as medians and interquartile ranges.
Results: A total of 114 stroke patients were included, most of them men (55%), with a median age of 69 years (IQR 61-79) and a median stroke window time of 4.5 hours (IQR 2.1 - 13.5). The most common cerebrovascular event was ischemic stroke (40%), followed by intracerebral hemorrhage (22%). The screening test for dysphagia was performed in 10% of the patients. We propose the use of a screening algorithm for all stroke patients admitted to the hospital (add to this article).
Conclusions: the screening test for dysphagia in patients with stroke is a feasible and useful tool to detect the need for the swallowing test. In our environment there is a great opportunity for improvement through the application of the screening test to all patients who enter the service with a cerebrovascular attack.

Keywords: Cerebrovascular accident, swallowing, dysphagia

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cerebrovasculares representan una problemática en salud pública a nivel mundial, ubicándose en el segundo lugar como causa de muerte y tercer lugar como causa de discapacidad, se estima que el promedio mundial es de 200 casos por cada 100.000 habitantes año y una prevalencia de 600 casos por cada 100.000 habitantes[21].

La disfagia es común en pacientes con ACV y se relaciona con complicaciones como neumonías por bronco-aspiración. El tipo de disfagia más común es orofaríngea; presentándose en pacientes por ineficiencia en la deglución con tiempos y rangos de movimiento alterados. Estudios de meta-análisis han demostrado un riesgo de tres veces mayor de aspiración en pacientes con trastorno de deglución[1].

En el paciente con ACV la disfagia usualmente mejora de manera espontánea a las dos semanas del evento en el 90% de los pacientes. Los predictores de incluyen ser hombre, la edad mayor a 70 años, debilidad o asimetría del paladar y incapacidad por ataque cerebrovascular isquémico[2]. El objetivo de nuestro trabajo es identificar la problemática en el tamizaje de deglución en pacientes con ataque cerebro vascular que ingresan al Hospital Universitario Erasmo e implementar el algoritmo de tamizaje validado y recomendado por asociaciones científicas.

MARCO METODOLÓGICO

Estudio descriptivo prospectivo de mejoramiento de la calidad en el que se incluyeron pacientes de manera consecutiva que consultaron al Hospital Universitario Erasmo Meoz entre febrero y octubre de 2022 al servicio de urgencias de adultos. Se identificaron las siguientes variables sociodemográficas: sexo, edad, tiempo de inicio de sintomatología, medio de transporte usado al ingreso al hospital y tipo de ataque cerebrovascular. Así mismo, se registró el tamizaje nutricional practicado en la atención de pacientes en el servicio de urgencias, las valoraciones por fisioterapia, el registro de glucometrías y de temperatura durante las primeras 72 horas de la hospitalización. Se registraron las capacitaciones realizadas durante el año que incluyeron el tamizaje de disfagia y prueba de deglución como tema central.

Definimos ataque cerebrovascular injuria que ocurre como resultado de: 1) ataque cerebrovascular isquémico ocasionado por trombosis, embolismo o hipoperfusión sistémica, 2) ataque cerebrovascular hemorrágico debido a hemorragia intracerebral o hemorragia subaracnoidea. El ataque isquémico transitorio se definió como la presencia de síntomas neurológicos de manera transitoria (menos de 24 horas). Así mismo, usamos la definición de disfagia (orofaríngea) como la detección de deglución ineficiente debida a alteración de los tiempos y rangos de movimiento del tránsito y presencia de franca aspiración.

Criterios de inclusión

Se tomaron como criterios de inclusión todos los pacientes que ingresaron al servicio de urgencias del Hospital universitario Erasmo Meoz, con un cuadro clínico caracterizado por déficit neurológico de inicio súbito donde posterior a una atención inicial se estableciera el diagnóstico de al menos una de las siguientes patologías: ataque cerebrovascular isquémico, ataque cerebrovascular hemorrágico, accidente isquémico transitorio y eventos imitadores de ACV, sin importar el grupo etario o alguna otra variable sociodemográficas.

Instrumentos de recolección de datos

Para la recolección de los datos se usó la plataforma RES.Q y revisión de las variables en historias clínicas electrónicas institucionales. Mediante minería de datos se identificaron todos los ingresos con ACV como diagnóstico de ingreso a urgencias. Dentro de la búsqueda de casos se revisaron diagnósticos de ingreso imitadores de ACV, incluyendo a los pacientes que tenían confirmación por neurología o radiología del ACV.

Análisis de datos

Para el análisis de datos se usó la última versión de R. Para las variables cuantitativas se usaron medidas de tendencia central como mediana y de dispersión como rangos inter-cuartílicos. La representación de las variables cualitativas se hizo mediante valores absolutos y porcentajes. Los cambios en la realización de pruebas de tamizaje de disfagia se representaron en tres tiempos: pre-intervención, durante la intervención y post-intervención.

.

RESULTADOS

El género más afectado por eventos cerebrovasculares es el masculino (n=63, 55%), la mediana de edad fue de 69 años (RIQ 61-79). Llama la atención el tiempo de inicio de síntomas al ingreso de los pacientes al servicio de urgencias con mediana de 4.5 horas (RIQ 2.1 – 13.5); sugiriendo la gran necesidad de la educación a la comunidad sobre el traslado oportuno de los pacientes a centros de salud con capacidad para terapia trombolítica. La mayoría de los pacientes ingresaron a la institución por transporte público o privado (n=42, 36%); solamente 18 pacientes ingresaron por ambulancia (16%). El 29% (n=33) de pacientes ingresaron remitidos de otra institución (ver tabla 1).

Tabla 1. Características demográficas

	Participantes n=114 (%)
Hombres	63 (55)
Edad años, mediana (RIQ)	69 (61-79)
Duración de los síntomas en horas, mediana (RIQ)	4.5 (2.1-13.5)
Remitido de otro hospital	33 (29)
Ingreso en ambulancia	18 (16)
Ingreso en transporte público o privado	42 (36)

Atención intrahospitalaria

La mayoría de los participantes fueron ubicados en camas estándar (n=64, 56%), seguido por camas monitorizadas (n=42, 37%) y camas en la unidad de cuidado intensivo (n=8, 7%) (ver Tabla 2). En el estudio, se detectó la gran necesidad de registrar en las historias clínicas los valores de glucometría (66%) y de temperatura corporal (54%) en las primeras 72 horas de atención. En cuanto a la distribución porcentual de los tipos de eventos

patológicos estudiados, la prevalencia del ataque cerebrovascular isquémico fue del 40%, seguido de las hemorragias intracerebrales con un 22 % respectivamente (ver Tabla 2).

Tabla 2. Atención y características del ACV

	Participantes n=114 (%)
Hospitalización	114 (100)
Cama estándar	64 (37)
Cama monitorizada	42 (37)
Unidad de cuidado intensivo	8 (7)
Evento isquémico	46 (40)
Hemorragia intracerebral	25 (22)
Hemorragia subaracnoidea	14 (12)
Accidente isquémico transitorio	14 (12)
Evento de imitación	8 (7)
Indeterminado	5 (4)
Trombosis venosa	2 (2)

Prueba de Tamizaje para Disfagia

Identificamos la realización de pruebas de tamizaje dentro de las primeras 4 horas, 24 horas o en cualquier momento durante la hospitalización. Solamente un 10% (n=11) pacientes tenían registro de la prueba de disfagia durante la hospitalización y únicamente 4 pacientes la tuvieron dentro de las primeras 24 horas. Durante el año se realizaron tres intervenciones: 25 de abril del 2022, 15 de septiembre del 2022 y 23 de septiembre del 2022, con el fin de fortalecer el tamizaje de deglución en el servicio de urgencias. Las intervenciones consistieron en conferencias de carácter virtual, donde se explicaba de manera detallada y minuciosa la importancia de implementar el tamizaje deglutorio en pacientes con ACV, contextualizando principalmente al personal de salud del gran impacto que tiene esta patología, no solo a nivel de salud pública, sino en aspectos económicos, sociales, culturales, entre otros.

El objetivo principal de este estudio fue el de describir el uso de la herramienta de tamizaje en el servicio de urgencias después de las intervenciones de capacitación. Sin embargo, los hallazgos en el uso de la herramienta no estuvieron a favor de las tres intervenciones (ver tabla 3). Notamos que las valoraciones por fonoaudiología se incrementaron durante el período de capacitación y que las de fisioterapia se mantuvieron igual.

Tabla 3. Tamizaje de disfagia e intervenciones

	Pre-intervención n= 23 (%)	Durante intervención n = 36 (%)	Post-intervención N =55 (%)
Tamizaje de disfagia	6 (18)	1 (3)	4 (7)
Fisioterapia	8 (35)	9 (25)	19 (35)
Fonoaudiología	1 (4)	4 (11)	--

Como parte de la estrategia de mejoramiento de la calidad, nuestro equipo de investigación propone la implementación del test de tamizaje para la detección de disfagia recomendado por el grupo de investigación QASC australiano (calidad en el cuidado del ictus agudo, por sus siglas en inglés). (anexo 1).

DISCUSIÓN

En temas de variables sociodemográficas pudimos analizar que el hospital universitario Erasmo Meóz, mantiene porcentualmente la misma estadística descrita a nivel mundial en cuanto a sexo, grupo etario y entidad patológica más frecuente, siendo el sexo masculino, el adulto mayor y el accidente cerebrovascular isquémico los más preponderantes en nuestra institución prestadora de servicio de salud.

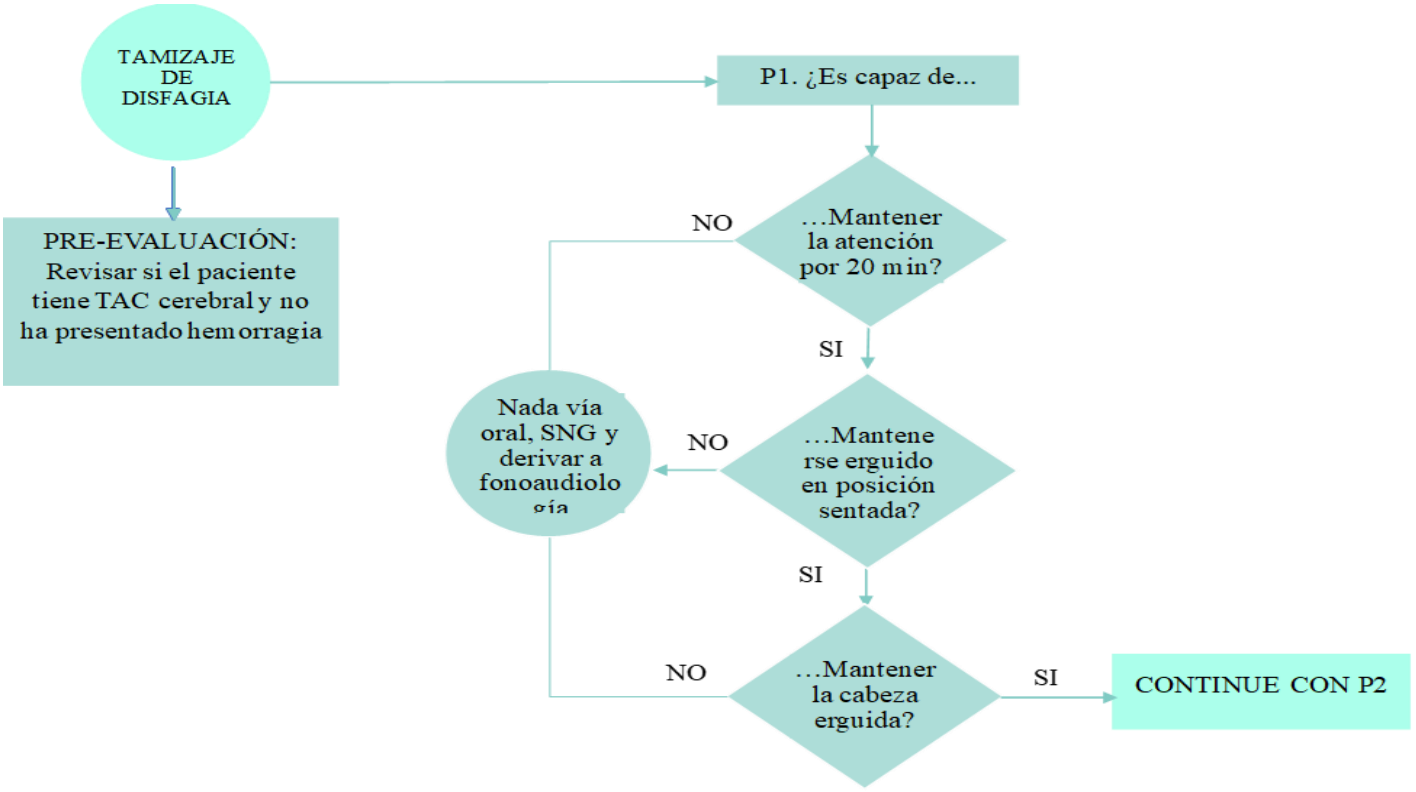
A lo largo del desarrollo del proyecto de investigación, se pudo observar el gran reto que representa brindar una atención integral a los pacientes bajo estas condiciones, que existe espacio para la implementación de nuevas estrategias que mejoren el tamizaje de disfagia en el hospital.
Sin duda este estudio de investigación se convierte en la piedra angular que permitirá implementar en nuestros servicios de urgencia el tamizaje de disfagia, con la finalidad de realizarlo a todos los pacientes hospitalizados por ataque cerebrovascular.

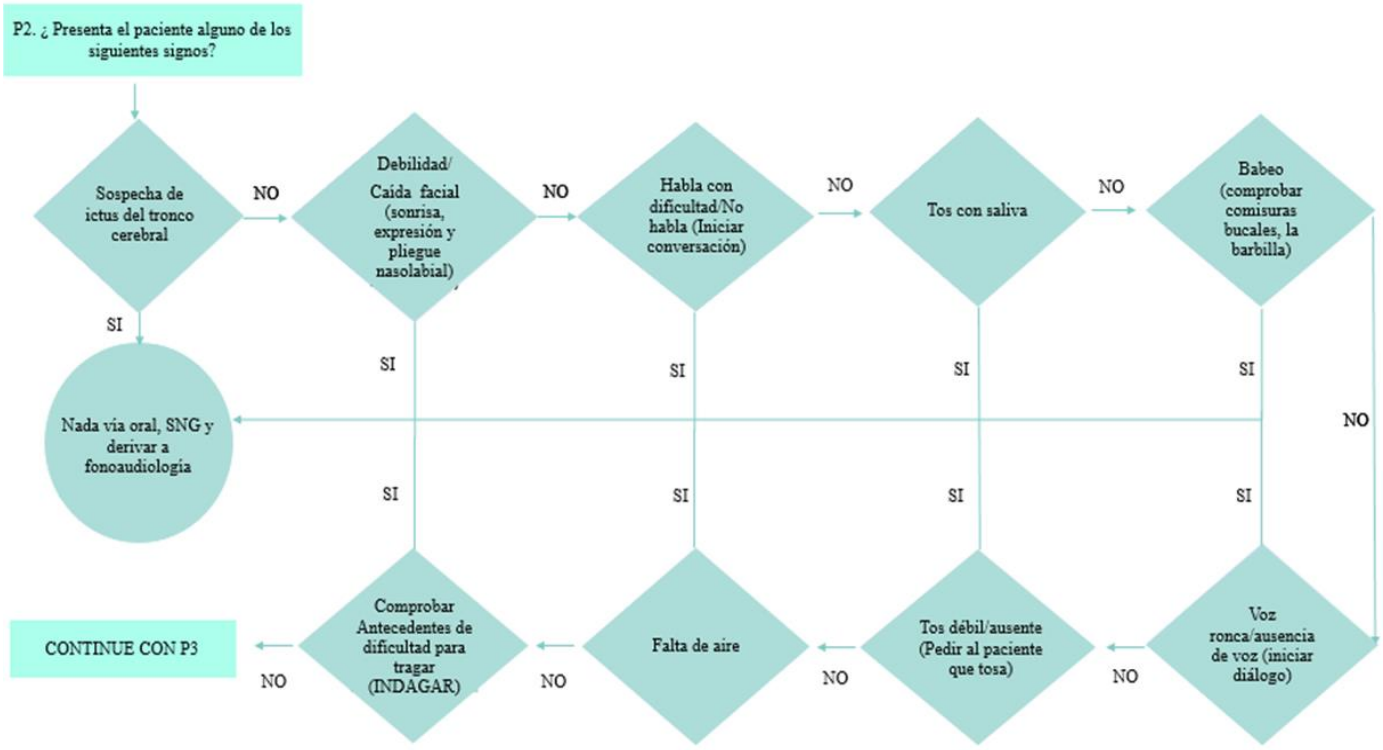
CONCLUSIÓN

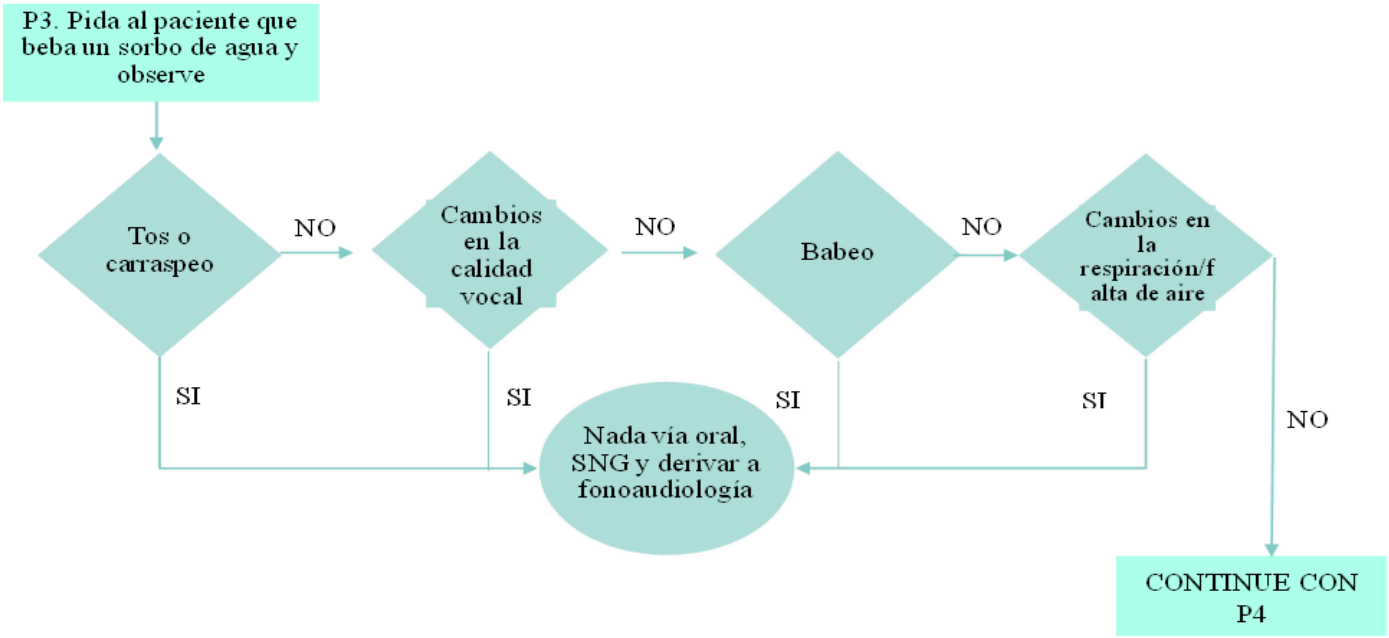
En conclusión, consideramos que se hace necesario capacitar al talento humano no solo del hospital universitario Erasmo Meoz, sino también de los centro de atención locales, en materia de las posibles complicaciones generadas posterior a un episodio de ACV isquémico y las herramientas que se pueden implementar para una detección pertinente, especialmente si se trata de una de las más fatales como lo es la disfagia y tomar las medidas restrictivas de forma oportuna, para evitar el deterioro de los pacientes ; Ahora bien, es determinante que el personal asistencial que tiene el primer contacto con el paciente con sospecha de ACV al ingreso al HUEM, aplique el test de disfagia posterior a la toma del TAC de cráneo inmediato y lo plasme en la historia clínica.

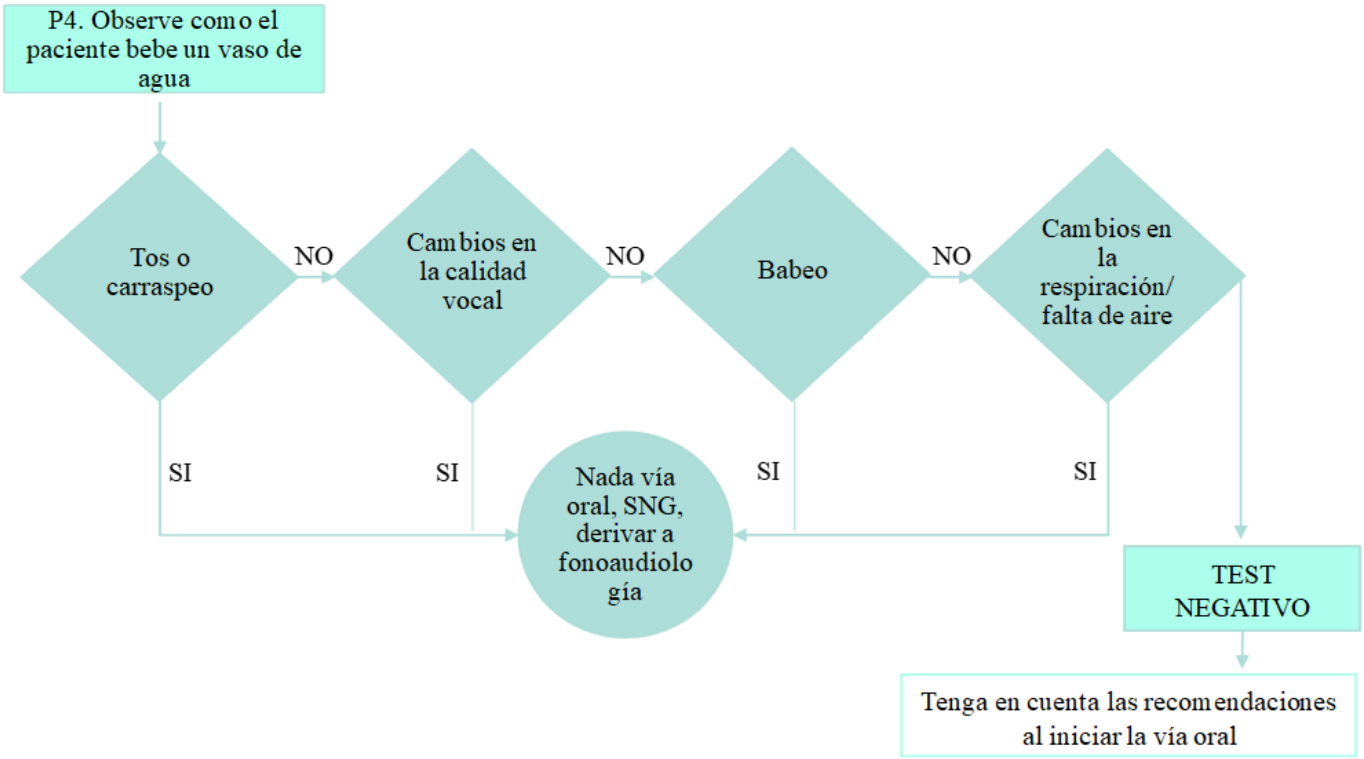
Si se logra una buena tamización podemos contribuir a una rehabilitación más temprana disminuyendo así los efectos colaterales producidos por la enfermedad, mejorando la calidad de vida de los pacientes, que es en lo que radica nuestro deber y misión como médicos, siempre velar por la salud de nuestros pacientes desde el momento que ingresan, hasta su egreso y posterior a este.

ANEXO 1


TAMIZAJE DE DISFAGIA
PRE-EVALUACIÓN: Revisar si el paciente tiene TAC cerebral y no ha presentado hemorragia
P1. ¿Es capaz de...
...Mantener la atención por 20 min?
NO
SI
...Mantenerse erguido en posición sentada?
NO
Nada vía oral, SNG y derivar a fonoaudiología
SI
...Mantener la cabeza erguida?
NO
SI
CONTINUE CON P2


P2. ¿ Presenta el paciente alguno de los siguientes signos?
Sospecha de ictus del tronco cerebral
NO
Debilidad/ Caída facial (sonrisa, expresión y pliegue nasolabial)
NO
Habla con dificultad/No habla (Iniciar conversación)
NO
Tos con saliva
NO
Babeo (comprobar comisuras bucales, la barbilla)
SI
Nada vía oral, SNG y derivar a fonoaudiología
SI
SI
SI
SI
NO
SI
SI
SI
SI
Voz ronca/ausencia de voz (iniciar diálogo)
NO
Tos débil/ausente (Pedir al paciente que tosa)
NO
Falta de aire
NO
Comprobar Antecedentes de dificultad para tragar (INDAGAR)
NO
CONTINUE CON P3


P3. Pida al paciente que beba un sorbo de agua y observe
Tos o carraspeo
NO
Cambios en la calidad vocal
NO
Babeo
NO
Cambios en la respiración/falta de aire
SI
SI
SI
SI
NO
Nada vía oral, SNG y derivar a fonoaudiología
CONTINUE CON P4


P4. Observe como el paciente bebe un vaso de agua
Tos o carraspeo
NO
Cambios en la calidad vocal
NO
Babeo
NO
Cambios en la respiración/ falta de aire
SI
SI
SI
SI
Nada vía oral, SNG, derivar a fonoaudiología
TEST NEGATIVO
Tenga en cuenta las recomendaciones al iniciar la vía oral

RECOMENDACIONES AL INICIAR LA VÍA ORAL, CON UN TEST DE DISFAGIA NEGATIVO

- Comenzar la dieta oral previa a la enfermedad
- El personal de enfermería debe observar al paciente durante la primera comida
- El enfermero/a que supervisa la primera comida debe anotar hora y fecha
- Si el paciente presenta un pico en la temperatura y/ o el deterioro del estado del tórax pueden ser indicadores de aspiración saliente, se debe dejar al paciente sin vía oral y derivar a fonoaudiología.

REFERENCIAS

1. Martino R, Foley N, Bhogal S, et al. Dysphagia after stroke: incidence, diagnosis, and pulmonary complications. Stroke 2005; 36:2756.
2. Mann G, Hankey GJ, Cameron D. Swallowing disorders following acute stroke: prevalence and diagnostic accuracy. Cerebrovasc Dis 2000; 10:380.
3. zuercher p, moret cs, dziewas r, schefold jc. dysphagia in the intensive care unit: epidemiology, mechanisms, and clinical management. Crit care.2019;23(1):1–11.
4. brown cvr, hejl k, mandaville ad, chaney pe, stevenson g, smith c. swallowing dysfunction after mechanical ventilation in trauma patients. j crit care [internet].2011;26(1):108.e9-108.e13. available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.jcrc.2010.05.036
5. wang x, zheng g, su m, chen y, xie h, han w, et al. biting force and tongue muscle strength as useful indicators for eating and swallowing capability assessment among elderly patients. food sci hum wellness [internet]. 2019;8(2):149–55. available from: https://doi.org/10.1016/j.fshw.2019.03.009
6. fernández-carmona a, peñas-maldonado l, yuste-osorio e, díaz-redondo a. exploración y abordaje de disfagia secundaria a vía aérea artificial. med intensiva. 2012;36(6):423–33.
5. warnecke t, im s, kaiser c, hamacher c, oelenberg s, dziewas r. aspiration and dysphagia screening in acute stroke – the gugging swallowing screen revisited. eur j neurol. 2017 apr 1;24(4):594–601
7. crary ma, carnaby gd, sia i, khanna a, waters mf, crary ma, et al. Spontaneous swallowing frequency has potential to identify. 2014;3452–7.
8. trapl m, enderle p, nowotny m, teuschl y, matz k, dachenhausen a, et al. dysphagia bedside screening for acute-stroke patients: the gugging swallowing screen. stroke. 2007 nov;8(11):2948–52.
9. antonios n, carnaby-mann g, crary m, miller l, hubbard h, hood k, et al. analysis of a physician tool for evaluating dysphagia on an inpatient stroke unit: the modified mann assessment of swallowing ability. j stroke cerebrovasc dis [internet]. 2010;19(1):49–57. available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2009.03.00711
10. 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– 41.
10. ferreira a, pierdevara l, ventura i, gracias a, marques j, reis m. the gugging swallowing screen: a contribution to the cultural and linguistic validationfor the portuguese context. rev enferm ref. 2018 mar 31;iv série(no16):85–94.
11. edmiaston j, connor lt, steger-may k, ford al. a simple bedside stroke dysphagia screen, validated against videofluoroscopy, detects dysphagia and aspiration with high sensitivity. j stroke cerebrovasc dis [internet]. 2014;23(4):712– 6. available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2013.06.030
12. borders jc, fink d, levitt je, mckeehan j, mcnally e, rubio a, et al. Relationship between laryngeal sensation, length of intubation, and aspiration in patients with acute respiratory failure. dysphagia [internet]. 2019;34(4):521–8. available from: https:/doi.org/10.1007/s00455-019-0913. byeon h, koh hw. comparison of treatment effect of neuromuscular electrical stimulation and thermal-tactile stimulation on patients with
sub-acute dysphagia caused by stroke. j phys ther sci. 2016;28(6):1809– 12.
14. castellini, h.; cerderira, h.; romanelli l. simetrias en osciladores caóticos acoplados y su relacion con el generador central de patrones en animales. An afa.2003;15:302–6.
15. bermúdez de alvear rm, martínez arquero ag. estrategias para potenciar el aprendizaje motor en el tratamiento vocal de las enfermedades neurodegenerativas. rev logop foniatr y audiol [internet]2013;33(1):13– 24. available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.rlfa.2012.07.004
16. logemann j. evaluation and treatment of swallowing disorders. asha j. 1998;38
17. acosta nb, freitas cardoso mc de a. vista do presbifagia: estado da arte da deglutição do idoso. rev bras ciências do envelhec hum [internet]. 2013 mar 27 [cited 2021 oct 18];9(1):143–54. available from: http://seer.upf.br/index.php/rbceh/article/view/1504/pdf
18. murray, t., carrau, r., & chan k. clinical management of swallowing disorders. plural publishing; 2016.
19. lo wl, leu hb, yang mc, wang dh, hsu ml. dysphagia and risk of aspiration pneumonia: a nonrandomized, pair-matched cohort study. j dent sci [internet]. 2019;14(3):241–7. available from: https://doi.org/10.1016/j.jds.2019.01.005
20. padovani ar, moraes dp, sassi fc, de andrade crf. clinical swallowing assessment in intensive care unit. codas. 2013;25(1):1–7
21.ponencia segundo debate de enfermedades ACV 2020 https://www.camara.gov.co/sites/default/files/2021-05/ponencia%20segundo%20debate%20pl%20017%20de%202020%20enfermedades%20acv.pdf
22. Enfermedades cerebrovascular otra comorbilidad priorizada contra el covid19 26.06.2021. Https://www.minsalud.gov.co/paginas/enfermedad-cerebrovascular,-otra-comorbilidad-priorizada-contra-el-covid-19.aspx